

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CAIO CÉZAR DA FONSECA VALE

IDEAÇÃO SUICIDA EM PESSOAS EM TRATAMENTO NOS CENTROS DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS III DE CURITIBA

CURITIBA

2021

CAIO CÉZAR DA FONSECA VALE

IDEAÇÃO SUICIDA EM PESSOAS EM TRATAMENTO NOS CENTROS DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS III DE CURITIBA

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, na Área de Concentração em Prática Profissional de Enfermagem, linha de Pesquisa Políticas e Práticas de Educação, Saúde e Enfermagem - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mariluci Alves Maftum

CURITIBA

2021

Vale, Caio Cézar da Fonseca

Ideação suicida em pessoas em tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas III de Curitiba [recurso eletrônico] / Caio Cézar da Fonseca Vale – Curitiba, 2021.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2021.

Orientadora: Profa. Dra. Mariluci Alves Maftum

1. Enfermagem psiquiátrica. 2. Saúde mental. 3. Serviços de saúde mental. 4. Ideação suicida. 5. Fármacos. I. Maftum, Mariluci Alves. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 616.890231



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -  
40001016045P7

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **CAIO CÉZAR DA FONSECA VALE** intitulada: **IDEAÇÃO SUICIDA DE PESSOAS EM TRATAMENTO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS III DE CURITIBA**, sob orientação da Profa. Dra. MARILUCI ALVES MAFTUM, que após terem inquirido o aluno e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa. A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 22 de Fevereiro de 2021.

Assinatura Eletrônica

04/03/2021 16:11:48.0

MARILUCI ALVES MAFTUM

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

02/03/2021 17:01:19.0

MARIA DE FATIMA MANTOVANI

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

03/03/2021 08:10:42.0

ROSIBETH DEL CARMEN MUNOZ PALM

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Av. Prof. Lothario Meissner, 632, 3º andar - CURITIBA - Paraná - Brasil  
CEP 80210170 - Tel: (41) 3361-3756 - E-mail: ppgenf@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 79207

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prpg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp>  
e insira o código 79207

*À minha querida avó Tereza Maria da Fonseca (in memoriam), por ter transbordado afeto, cuidado, amor e dedicação durante todos os nossos anos juntos, por todas as histórias vividas e compartilhadas. Nunca a esquecerei, sempre a amarei.*

## **AGRADECIMENTOS**

À minha mãe Valdete, por toda sua história de vida, por todo esforço, amor e carinho dedicados e por ter sido minha maior professora, despertando em mim a paixão por aprender e ensinar. Amo você!

Ao meu avô Ludovico Valle (*in memoriam*), pelo exemplo de ser humano e cristão, por ser um verdadeiro cordeiro de Deus, por uma vida de compaixão e doação ao próximo, pelo patriarca que foi, pelo legado que deixou.

Ao meu pai, Jairo Vale, que, a seu modo, me influenciou por meio de valores como trabalho, honestidade e integridade. Seus exemplos ajudaram a me transformar no homem que hoje sou. Obrigado, meu pai!

À minha amada esposa Gracieli, pelo apoio, paciência, companheirismo, dedicação a mim e à nossa relação. Por compreender minha ausência em alguns momentos e sempre acreditar em mim, mais do que eu mesmo. Essa conquista é nossa. Te amo muito!

À minha professora, Dr<sup>a</sup> Mariluci Alves Maftum, por todos os seus ensinamentos e incentivos a buscar conhecimento onde não enxergava, por transpirar saberes em todos os espaços ocupados e por me guiar pelo caminho da ciência. Meus sinceros agradecimentos!

A todos os colegas da Universidade Federal do Paraná, em especial do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem (NEPECHE), Aline Cristina Zerwes Ferreira, Fernanda Carolina Capistrano, Camila Bonfim de Alcântara, Manuela Kaled, Mariana Farias e Thalita Lins Soares Silveira, pelas trocas, pelo apoio e por toda contribuição, direta ou indireta a este estudo. Gratidão!

Aos amigos dos CAPS, que compartilharam comigo a clínica diária e o amor pela saúde mental, de forma humana, afetiva e dedicada. Obrigado por tudo!

Aos participantes desta pesquisa. Seres humanos admiráveis pela força e pela coragem de encarar suas maiores fraquezas. Pelos ensinamentos diários. Sem vocês nada disso seria possível. Muito obrigado!

Às professoras Dr<sup>a</sup> Maria de Fátima Mantovani e Dr<sup>a</sup> Rosibeth Del Carmen Muñoz Palm, por aceitarem compor a banca desta dissertação, por compartilharem conhecimentos e contribuírem de forma ímpar para este estudo. Meus mais sinceros agradecimentos!

À Secretaria Municipal de Saúde e à Fundação Estatal de Atenção em Saúde de Curitiba, pelo apoio a este projeto, disponibilizando os equipamentos de saúde necessários para coleta dos dados do estudo, bem como às equipes locais, pelo acolhimento durante todo o período. Muito obrigado!

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Paraná, por todo aprendizado. O conhecimento por mim adquirido será levado para vida toda. Orgulho-me de fazer parte desta instituição.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por financiar este projeto na modalidade de bolsa produtividade para a orientadora.

***Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo.***

Paulo Freire

***“If the doors of perception were cleansed, everything would appear to man as it is, infinite”.***

William Blake



## RESUMO

A ideação suicida é considerada um dos principais fatores preditores de tentativas e mortes por suicídio no mundo, estando entre os principais problemas vivenciados pela pessoa com transtornos relacionados a substâncias, representando um significativo sofrimento mental. Trata-se de um estudo observacional e transversal, realizado com 137 pessoas em tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas III, que teve como objetivo verificar a presença de ideação suicida durante a vida em pessoas com transtornos relacionados a substâncias em tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas III de Curitiba. A coleta de dados ocorreu entre abril e novembro de 2018 pela aplicação do *Columbia Suicide Severity Rating Scale* e do *Addiction Severity Index*. Os dados foram submetidos à análise descritiva. Os resultados apontaram que 112 (81,8%) participantes relataram ideação suicida durante a vida, tendo 55 (40,1%) apresentado a forma mais grave, com plano e intenção. Quanto à intensidade da ideação suicida durante a vida, em 40 (35,8%) participantes a frequência dos pensamentos foi diária ou muitas vezes ao dia; e em 56 (50,1%), os pensamentos tinham duração de uma a oito horas diárias, podendo ser persistentes e contínuos. Quanto às motivações para pensar em suicídio, 78 (69,6%) responderam que, com certeza, era para acabar com o sofrimento, enquanto 64 (57,1%) referiram que a família, a religião e/ou a dor da morte são fatores de impedimento para a realização de um ato suicida. Considerando as características sociodemográficas e econômicas, observou-se maior frequência de ideação suicida entre aqueles participantes que estavam desempregados em 83 (75,5%) e que consideraram a renda insuficiente para o próprio sustento em 80 (8,3%). Nos aspectos clínicos, houve predomínio de pensamentos de morte entre aqueles indivíduos que relataram condições crônicas de saúde física em 63 (84%), atos preparatórios para o suicídio em 26 (100%), histórico de tentativa de suicídio em 68 (95,8) e humor deprimido em 93 (83,8%). Os derivados de cocaína e do álcool foram considerados as substâncias mais problemáticas de consumo por 68 (51,1%) e 65 (48,8%) participantes, respectivamente, 63 (92,6%) e 46 (70,7%) deles apresentaram ideação durante a vida. Conclui-se haver elevada frequência de ideação suicida durante a vida em pessoas, em tratamento, com transtornos relacionados a substâncias. Essa frequência pode se apresentar com variada gravidade e intensidade de acordo com aspectos sociodemográficos, econômicos e clínicos. Estes resultados podem subsidiar a prática profissional em saúde mental, especialmente para os enfermeiros, ao evidenciar os aspectos da ideação suicida e as características das pessoas com transtornos relacionados a substâncias, possibilitando o desenvolvimento de estratégias preventivas ao suicídio e de integração das ações de saúde pública. Estes resultados, ao produzir evidências científicas de aspectos concernentes à ideação de suicida e a características das pessoas com transtornos relacionados a substâncias, podem se constituir em subsídios para a prática profissional em saúde mental, especialmente para os enfermeiros, na pesquisa, no ensino, no planejamento e no oferecimento de cuidados aos usuários e famílias, assim como para os gestores dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Ideação Suicida. Transtornos Relacionados a Substâncias. Saúde Mental. Serviços de Saúde Mental. Enfermagem Psiquiátrica.

## **ABSTRACT**

Suicidal ideation is considered one of the main predicting factors for suicidal attempts and deaths in the world, and one of the main problems experienced by people with substance-related disorders, thus representing significant mental suffering. This is an observational cross-sectional study, which was conducted with 137 people under treatment at Psychosocial Care Centers for Alcohol and other Drugs III, with the aim to verify the presence of suicidal ideation throughout the lives of people with substance-related disorders at these centers in Curitiba. Data were collected between April and November 2018, with application of the Columbia Suicide Severity Rating Scale and the Addiction Severity Index, and then submitted to descriptive analysis. Results showed that 112 (81.8%) participants reported suicidal ideation during their lives, and 55 (40.1%) presented the most severe episodes, with a plan and intention to act. Regarding the intensity of suicidal ideation during their lives, for 40 (35.8%) participants the frequency of these thoughts was daily or happened many times a day; and for 56 (50.1%) participants these thoughts lasted for one to eight hours a day, and could be persistent and continuous. Considering motivations to think about committing suicide, 78 (69.6%) answered that it was, certainly, to end their suffering, whereas 64 (57.1%) reported that their families, religion and/or pain of death were factors that prevented them from committing suicide. As regards sociodemographic and economic characteristics, a greater frequency of suicidal ideation was observed among unemployed participants, 83 (75.5%), and those who considered their income insufficient for their own subsistence, 80 (8.3%). Among clinical aspects, there was a prevalence of death thoughts among those who reported chronic physical health conditions, 63 (84%), preparatory measures for suicide, 26 (100%), history of suicidal attempts, 68 (95.8) and depressive mood, 93 (83.8%). Cocaine and alcohol derivatives were considered the most problematic consumption substances by 68 (51.1%) and 65 (48.8%) participants, respectively; 63 (92.6%) and 46 (70.7%) of them presented ideation throughout their lives. A high frequency of suicidal ideation throughout life was found among people with substance-related disorders undergoing treatment. This frequency can present varying severity and intensity levels, according to the sociodemographic, economic and clinical aspects. These results can support professional practice in mental health, especially for nurses, by evidencing aspects of suicidal ideation and characteristics of people with substance-related disorders, enabling the development of strategies to prevent suicide and to integrate public health actions. By producing scientific evidence on aspects related to suicidal ideation and the characteristics of people with substance-related disorders, these results can support professional practice in mental health, especially for nurses, in research, teaching, planning and offering of care to users and families, and for healthcare managers.

**Keywords:** Suicidal Ideation. Substance-Related Disorders. Mental Health. Mental Health Services. Psychiatric Nursing.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1	– AMOSTRA FINAL DO ESTUDO, RECUSAS, EXCLUSÕES E ENTREVISTAS INCOMPLETAS DE ACORDO COM OS LOCAIS DE PESQUISA.....	33
QUADRO 2	– VARIÁVEIS DO ESTUDO DE ACORDO COM O INSTRUMENTO UTILIZADO E A QUANTIDADE.....	40
GRÁFICO 1	– SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS UTILIZADAS POR PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS E À PRESENÇA DE IDEAÇÃO SUICIDA. CURITIBA, 2018.....	56
GRÁFICO 2	– SUBSTÂNCIAS QUE OCASIONARAM MAIS PROBLEMAS ÀS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS DE ACORDO COM A PRESENÇA DE IDEAÇÃO SUICIDA. CURITIBA, 2018.....	58
GRÁFICO 3	– NÚMERO DE TRATAMENTOS REALIZADOS PARA USO DE SUBSTÂNCIAS DE ACORDO COM A PRESENÇA DE IDEAÇÃO SUICIDA. CURITIBA, 2018.....	59

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1	– IDEIAÇÃO SUICIDA DURANTE A VIDA E NOS ÚLTIMOS 30 DIAS EM PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, POR SEXO. CURITIBA, 2018.....	42
TABELA 2	– INTENSIDADE DA IDEIAÇÃO SUICIDA DURANTE A VIDA EM PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, POR SEXO. CURITIBA, 2018.....	44
TABELA 3	– ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, POR SEXO, DE ACORDO COM A PRESENÇA DE IDEIAÇÃO SUICIDA. CURITIBA, 2018.....	45
TABELA 4	– ASPECTOS SOCIAIS QUANTO ÀS RELAÇÕES INTERPESSOAIS E AO LAZER DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, POR SEXO, DE ACORDO COM A PRESENÇA DE IDEIAÇÃO SUICIDA. CURITIBA, 2018.....	47
TABELA 5	– ASPECTOS LEGAIS DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, POR SEXO, DE ACORDO COM A PRESENÇA DE IDEIAÇÃO SUICIDA. CURITIBA, 2018.....	48
TABELA 6	– SAÚDE FÍSICA DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, POR SEXO, DE ACORDO COM A PRESENÇA DE IDEIAÇÃO SUICIDA. CURITIBA, 2018....	49
TABELA 7	– PERCEPÇÃO DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS SOBRE A SAÚDE FÍSICA, POR SEXO, DE ACORDO COM A PRESENÇA DE IDEIAÇÃO SUICIDA. CURITIBA, 2018.....	50
TABELA 8	– ASPECTOS DA SAÚDE MENTAL DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, POR SEXO, DE ACORDO COM A PRESENÇA DE IDEIAÇÃO SUICIDA. CURITIBA, 2018.....	51

TABELA 9	– EVENTOS TRAUMÁTICOS DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, POR SEXO, DE ACORDO COM A PRESENÇA DE IDEAÇÃO SUICIDA. CURITIBA, 2018.....	52
TABELA 10	– USO DE ÁLCOOL POR PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, POR SEXO, DE ACORDO COM A PRESENÇA DE IDEAÇÃO SUICIDA. CURITIBA, 2018.....	53
TABELA 11	– USO DE SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS POR PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, POR SEXO, DE ACORDO COM A PRESENÇA DE IDEAÇÃO SUICIDA. CURITIBA, 2018.....	55
TABELA 12	– IDADE DO PRIMEIRO USO E TEMPO DE USO REGULAR DAS SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS POR PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, POR SEXO, DE ACORDO COM A PRESENÇA DE IDEAÇÃO SUICIDA. CURITIBA, 2018.....	57

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AHAR	– <i>Annual Homeless Assessment Report</i>
APA	– <i>American Psychiatric Association</i>
APS	– Atenção Primária à Saúde
AIDS	– <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
ASI-6	– <i>Addiction Severity Index</i> – version 6
CAPS AD	– Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas
CAPS AD III	– Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas III
CAPS AD IV	– Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas IV
CDC	– <i>Centers for Disease, Control and Prevention</i>
C-SSRS	– <i>Columbia-Suicide Severity Rating Scale</i>
HAS	– Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	– <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IST	– Infecções Sexualmente Transmissíveis
NIMH	– <i>National Institute of Mental Health</i>
PTS	– Projeto Terapêutico Singular
RAPS	– Rede de Atenção Psicossocial
REDCap	– <i>Research Electronic Data Capture</i>
SAMU	– Sistema de Atendimento Móvel de Urgência
SINAN	– Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	– Secretaria Municipal de Saúde
SPA	– Substâncias Psicoativas
SPSS	– <i>Software Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	– Sistema Único de Saúde
TRS	– Transtornos Relacionados a Substâncias
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPR	– Universidade Federal do Paraná
UNODC	– <i>United Nations Office on Drugs and Crime</i>
NSDUH	– <i>National Survey on Drug Use and Health</i>
UPA	– Unidade de Pronto Atendimento
WHO	– <i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO.....</b>	<b>30</b>
2.1	OBJETIVO GERAL.....	30
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
<b>3</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>31</b>
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	31
3.2	LOCAL DE ESTUDO.....	31
3.3	POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA.....	32
3.4	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	33
3.4.1	<i>Columbia-Suicide Severity Rating Scale</i> .....	33
3.4.2	<i>Addiction Severity Index – Version 6</i> .....	36
3.5	CAPACITAÇÃO DOS ENTREVISTADORES.....	36
3.6	TESTE PILOTO.....	37
3.7	COLETA DE DADOS.....	38
3.8	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	39
3.9	ANÁLISE DOS DADOS.....	40
3.10	ASPECTOS ÉTICOS.....	41
<b>4</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>42</b>
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA IDEAÇÃO SUICIDA DURANTE A VIDA EM PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS...	42
4.2	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E ECONÔMICA DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS...	45
4.3	CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS.....	48
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>60</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>72</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>74</b>
	<b>APÊNDICE 1 – DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES DO ESTUDO.....</b>	<b>91</b>
	<b>APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>96</b>



<b>ANEXO 1 – INSTRUMENTO ADDICTION SEVERITY INDEX – VERSION 6.....</b>	<b>98</b>
<b>ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO PARA USO DO COLUMBIA SUICIDE SERVERITY RATING SCALE.....</b>	<b>112</b>
<b>ANEXO 3 – CERTIFICAÇÃO DE CONCLUSÃO DE TREINAMENTO PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO C-SSRS.....</b>	<b>113</b>
<b>ANEXO 4 – APROVAÇÃO DO ESTUDO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ.....</b>	<b>114</b>
<b>ANEXO 5 – APROVAÇÃO DO ESTUDO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA.....</b>	<b>117</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicoativas (SPA) se faz presente há milhares de anos na humanidade, acompanhando o homem por toda parte do mundo, especialmente de forma medicinal, cultural e religiosa. Contudo, com o desenvolvimento de novas substâncias e o conhecimento de novas vias de administração, o uso de substâncias se tornou problemático, ocasionando a grande parte da população o desenvolvimento de transtornos mentais relacionados a seu uso (VENTULANI, 2001; CROCC, 2007).

Segundo dados levantados pelo *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC), estima-se que, aproximadamente, 275 milhões de pessoas no mundo tenham feito uso de SPA pelo menos uma vez em 2016, o que corresponde a uma em cada 18 pessoas. Destas pessoas, 35 milhões foram diagnosticadas com transtornos relacionados a substâncias (TRS) (UNODC, 2019), 3,5 milhões somente no Brasil (BASTOS et al., 2017).

Em 2017, foram apontadas 585 mil mortes resultantes do uso de SPA no mundo, das quais, 168 mil tiveram relação direta com transtornos relacionados a substâncias (UNODC, 2019). Considerando os últimos anos, a morbimortalidade referente ao uso de SPA teve aumento de, aproximadamente, 60% entre os anos 2000 e 2015 (WHO, 2015).

Como definição, os TRS compreendem um termo diagnóstico aplicado a um padrão patológico e problemático do uso, que consiste na presença de sintomas cognitivos, fisiológicos e comportamentais referentes a uma ou mais substâncias específicas, sendo elas: o álcool, anfetaminas e similares, cafeína, *cannabis*, alucinógenos, cocaína, inalantes, nicotina, opioides, fenciclidina e similares, além dos sedativos, hipnóticos e ansiolíticos (APA, 2014; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Para a caracterização diagnóstica, a pessoa precisa apresentar, durante um período mínimo de 12 meses, ao menos dois de 11 critérios relacionados a quatro classes distintas: baixo controle, prejuízo social, uso arriscado e critérios farmacológicos (APA, 2014).

O baixo controle se refere ao aumento do consumo da substância ou a seu uso durante um tempo maior que o previsto (Critério 1), além de esforços malsucedidos para diminuir ou parar de usar (Critério 2). O indivíduo pode

despender muito tempo para obter, usar ou se recuperar dos efeitos causados pela substância (Critério 3) e, quando não está em uso, apresentar fissura – necessidade ou desejo intenso de consumir uma substância específica – a ponto de não conseguir se concentrar em outras atividades (Critério 4) (APA, 2014).

Como prejuízo social, se entende o fracasso em cumprir papéis diários com a família, no trabalho ou na escola (Critério 5) e a continuidade do uso apesar de problemas sociais ou interpessoais apresentados (Critério 6). Além disso, pode ocorrer a substituição de atividades de lazer em família pelo uso da substância (Critério 7) (APA, 2014).

O uso da substância, mesmo em situações que comprometam a integridade física do indivíduo (Critério 8), assim como estar ciente de apresentar um problema físico ou psicológico e ainda fracassar em se abster da substância (Critério 9) são considerados critérios do uso arriscado (APA, 2014).

São definidas como critérios farmacológicos: a tolerância (Critério 10), considerada quando há aumento da dose habitual da SPA para obtenção do efeito desejado, ou o efeito reduzido da substância ao consumir a mesma quantidade; e a abstinência (Critério 11), caracterizada por alterações fisiológicas pela descontinuidade do uso prolongado da substância ou pela utilização da SPA para aliviar essas alterações (APA, 2014).

A gravidade dos TRS se baseia no número de critérios apresentados, divididos em: leve (na presença de dois ou três critérios), moderado (quatro ou cinco critérios) e grave (seis ou mais critérios), podendo variar ao longo da vida, no entanto, compreende-se que quanto maior a gravidade, maiores são os problemas, de diversas ordens, apresentados pelo indivíduo (APA, 2014).

Caracterizados pela dependência física, psicológica e comportamental, os transtornos relacionados a substâncias são condições de adoecimento mental complexas, podendo promover alterações do humor, da percepção e dos circuitos cerebrais (STAHL, 2016; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Essas condições envolvem fatores genéticos, biológicos, neuroquímicos e psicodinâmicos, porém se relacionam também com as circunstâncias ambientais, abrangendo todos os grupos socioeconômicos, de diferentes países, culturas, gêneros e faixa etária, sendo caracterizados, atualmente, como um dos principais problemas de saúde pública no mundo (STAHL, 2016; UNODC, 2018).

São inúmeros os problemas em diversas áreas da vida apresentados pelas pessoas com transtornos relacionados a substâncias, entre eles os prejuízos familiares e a dificuldade de manter vínculos, as relações conflituosas, discussões, episódios de agressividade e violência, promovendo vulnerabilidade, abandonos e isolamento social (MCLAUGHLIN et al., 2012; FERREIRA et al., 2017; FROTA et al., 2018).

Prejuízos financeiros relacionados a problemas no trabalho, a baixa escolaridade e a pouca formação profissional também estão entre os principais problemas apresentados (LIMA JUNIOR et al., 2016; NIMTZ et al., 2016), assim como os frequentes conflitos com a lei (SINGULANE; SILVA; SARTES, 2016; RODRIGUES et al., 2017; ANDRADE; ALVES; BASSANI, 2018).

Ademais, diagnósticos clínicos associados se apresentam de maneira frequente nessa população, caso da hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes e problemas respiratórios, além da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), hepatites e tuberculose, relacionados a um comportamento de risco frequente (HALPERN et al., 2017; CAPISTRANO et al., 2018).

Além dos problemas físicos supracitados, é frequente a presença de outros transtornos mentais em pessoas com TRS, em especial os de humor, como, por exemplo, a depressão e os transtornos de personalidade, especialmente os borderline. Sintomas como a impulsividade e a raiva também são frequentes nessa população (ALMEIDA; FLORES; SCHEFFER, 2013; DANIELI et al., 2017; HALPERN et al., 2017).

Estudo longitudinal norte-americano de cinco anos de duração, desenvolvido com 2.560 pacientes que fizeram tratamento para TRS, apontou que 13,9% tinham histórico de tratamento para comorbidades mentais, destes, 56,2% eram especificamente para os transtornos de humor. Há de se destacar que 40% relataram esses e outros problemas mentais durante o período da entrevista (WALSH; SHEEHAN; LIU, 2018).

A ideação suicida é apontada como uma das frequentes manifestações do sofrimento mental vivenciado pelas pessoas com TRS, em especial aquelas que fazem uso de múltiplas substâncias (REYES et al., 2011). Considerada o principal preditor de mortes por suicídio e associada aos comportamentos suicidas, a ideação suicida se torna responsável pelo elevado índice de ferimentos e hospitalizações

(NOCK et al., 2008; CDC, 2010; ALMEIDA; FLORES; SCHEFFER, 2013; WHO, 2014).

Além de a ideação suicida ser considerada um importante sinal de crise em saúde mental, está intimamente associada ao desenvolvimento de comportamentos suicidas e, por si só, merece atenção clínica especial (NORDSTRÖM et al., 1995; BECK, 1999; BROWN et al., 2000; KUO et al., 2001). Todavia, entre os estudos direcionados à compreensão dos eventos suicidas, poucos enfatizam a ideação suicida e suas diferentes manifestações (BORGES et al., 2010; KLONSKY; MAY, 2014; KLONSKY; MAY; SAFFER, 2016).

No que se refere a tais manifestações, é feita distinção entre a ideação e os comportamentos suicidas por serem compreendidos como eventos diferentes, com previsões e evolução distintas. Destaca-se que a falta de precisão na definição e terminologia destes eventos pode dificultar sua adequada avaliação, prejudicando as ações necessárias para a melhor forma de tratamento (POSNER et al., 2011; O'CONNOR; NOCK, 2014; POSNER et al., 2014; KLONSKY; MAY; SAFFER, 2016).

Conceitualmente, ideação suicida se refere a pensamentos de suicídio por parte do indivíduo, podendo ou não ser acompanhado de método ou planejamento para tal. É considerada um *continuum* de pensamentos e se manifesta de diversas maneiras, podendo compreender desde ideias de morte e desejo de estar morto, até pensamentos detalhados minimamente planejados, elaborados de forma completa ou parcial, com intenção de executá-los (POSNER et al., 2007).

Apesar de não ser o objeto de estudo desta dissertação, serão descritos os conceitos dos comportamentos suicidas, que estão representados pela tentativa efetiva, quando o indivíduo realiza uma ação com intuito de retirar a própria vida, independentemente do resultado, não incorrendo em morte e podendo ou não causar lesão. Esta tentativa é interrompida quando o indivíduo é impedido de realizar o ato suicida por alguém ou circunstância externa, assim como esta tentativa é abortada quando o próprio indivíduo desiste da ação suicida antes de qualquer procedimento autodestrutivo (POSNER et al., 2007).

Consideram-se ainda como comportamento suicida, os atos ou comportamentos preparatórios, que se referem à preparação e organização necessária para uma tentativa de suicídio, antes da realização de algum ato potencial. Esses atos podem incluir desde sua verbalização até ações como adquirir uma arma e se desfazer de pertences, escrever uma carta ou até mesmo adquirir e

acumular comprimidos (POSNER et al., 2007). Os atos e comportamentos preparatórios são considerados preditivos importantes de uma futura tentativa de suicídio (JOINER; RUDD; RAIAB, 1997).

Quanto ao termo suicídio, corresponde ao “autoassassínio”, e se caracteriza pelo ato fatal e voluntário empregado contra si mesmo. Pode ser definido como um ato deliberativo com alguma intenção de morte. Trata-se de uma ação consciente e muitas vezes ambivalente em que o desejo de morrer está direcionado a interromper o sofrimento, fato este que conflita com o pedido de ajuda e a vontade de seguir vivendo (SADOCK; SADOCK, 2007; WHO, 2014; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Estimativas da *World Health Organization* (WHO) mostram que, a cada ano, 800.000 pessoas cometem suicídio no mundo, o que significa que a cada 40 segundos uma pessoa tira a própria vida e a cada três segundos uma pessoa faz uma tentativa de suicídio (WHO, 2014).

Dados brasileiros estimam que houve cerca de 55.649 mortes por suicídio entre 2011 e 2015, o que significa 5,5 óbitos por 100 mil habitantes: 8,7 para homens e 2,4 para mulheres (BRASIL, 2017a).

Os dados epidemiológicos do estado do Paraná também mostram que, entre os anos de 2002 e 2012, houve crescimento do número de suicídios da ordem de 8,8%, tendo como média 618 casos por ano (WASELISZ, 2014).

Estudo conduzido no Paraná entre os anos de 1996 e 2012, com o objetivo de analisar a distribuição epidemiológica do suicídio, segundo dados do banco de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), mostra um total de 10.344 óbitos em todo o Estado e média 8,4 óbitos por 100.000 habitantes, maior do que a média nacional, de 5,7 óbitos no mesmo período (ROSA et al., 2017).

Ao analisar os índices de Curitiba de 2002 a 2012, observou-se aumento significativo no quantitativo de suicídios. A cidade apresentou, em média, 88 casos por ano, com um crescimento de 24,4%, ocupando o sexto lugar entre as capitais brasileiras. Dados relacionados à população jovem de Curitiba, no mesmo período, mostram crescimento de 32,4%, o quarto maior entre as capitais (WASELISZ, 2014).

Contudo, faz-se necessário atentar para o fato de que os números podem ser ainda maiores, considerando que se trata de um evento de subnotificação aos órgãos governamentais (BRASIL, 2017a), estimando-se que, para cada suicídio concretizado, tenham sido empreendidas 20 tentativas. (WHO, 2014).

Registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), de 2011 a 2016, apontam quedas de 176.226 notificações de lesões autoprovocadas, 48.204 registradas como tentativas de suicídio. No período avaliado, houve aumento do número de notificações de lesões autoprovocadas em todo o país: 209,5% referentes ao público feminino e 194,7%, ao masculino (BRASIL, 2017a).

Todos esses quantitativos, apesar de subnotificados, apontam o suicídio como um grave problema de saúde pública desde o século XX, que atinge não somente o indivíduo, mas familiares, amigos e pessoas próximas, prejudicando locais de trabalho e comunidade (WHO, 2014; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Além de ser reconhecido como uma emergência primária, de caráter universal e etiologia multifatorial, atingindo todas as idades, classes sociais e culturais, o suicídio pode ser resultante de fatores biológicos, ambientais e psicológicos, frequentemente associado a um transtorno mental, em especial, aos transtornos relacionados a substâncias (WHO, 2014; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Sabe-se que indivíduos que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas têm, em geral, seis vezes mais chances de morte por suicídio que a população em geral. Com destaque para o álcool, em que se estima que cerca de 15% dos indivíduos que têm compulsão por essa substância cometem suicídio (BOTEGA, 2015).

Da mesma forma que o suicídio, existe uma alta incidência de tentativas de suicídio em indivíduos que apresentam ideação suicida ao longo da vida. Esse fato pode ser observado em estudo populacional desenvolvido nos Estados Unidos da América com 6.483 pessoas, que destacou que 12,1% dos participantes apresentaram ideação suicida durante a vida e, entre esses, 33,9% tentaram contra a própria vida posteriormente (NOCK et al., 2013).

A ideação suicida se apresenta de duas formas distintas: a passiva, quando o indivíduo apresenta pensamentos de morte e o desejo de estar morto, porém, sem manifestar qualquer tipo de ação, caso de pacientes com câncer, com ideias persistentes de “morrer logo” e cessar o sofrimento; e a ideação suicida ativa que, por sua vez, compreende pensamentos de suicídio que variam de acordo com o método, o plano e a intenção (POSNER et al., 2007).

A literatura evidencia que a ideação suicida pode ser classificada em cinco tipos de pensamentos, que se apresentam em ordem crescente quanto à gravidade.



O primeiro corresponde ao desejo de estar morto, sem pensamentos de retirar a própria vida. Quanto ao segundo, trata-se da ideação suicida ativa não específica, classificada como aquela que apresenta pensamentos gerais de morte inespecíficos, sem planos ou métodos sobre findar a própria vida (POSNER et al., 2007).

O terceiro contempla a ideação suicida ativa com métodos, mas sem plano ou intenção de agir, ocorrendo quando o indivíduo pensa em pelo menos um método para findar a própria vida, mas não tem um plano específico como a hora ou local, por exemplo (POSNER et al., 2007).

A ideação suicida com intenção de agir sem um plano específico é compreendida quando há intencionalidade de colocar os planos de morte em prática, porém eles não são especificados. E, por fim, considerada a mais grave, a ideação suicida ativa com planejamento específico e intenção, que corresponde a pensamentos com detalhes do plano, elaborados completa ou parcialmente, com alguma intenção de executá-los (POSNER et al., 2007).

Embora exista a possibilidade de uma pessoa empreender um ato suicida sem planejamento prévio (VAN ORDEN et al., 2010; CHEEK et al., 2015), evidências científicas mostram que há um risco significativamente maior entre aquelas pessoas que apresentam um plano para findar a própria vida (NOCK et al., 2008). Dos indivíduos com histórico de ideação suicida, aproximadamente 33% apresentam um planejamento (NOCK et al., 2008).

Destaca-se que, quanto maior a gravidade da ideação suicida, maior é o risco de desenvolvimento de comportamentos suicidas. A ideação suicida considerada mais grave em adolescentes em tratamento em uma clínica de prevenção do suicídio na Dinamarca esteve associada ao aumento de 66% de risco de desenvolvimento de comportamentos suicidas (CONWAY et al., 2016).

Estudos envolvendo adultos e adolescentes com sofrimento mental apontaram que apresentar ideação suicida durante a vida com intenção de agir representa um dos preditores mais intensos de suicídio subsequente quando comparado com a ideação sem intenção de agir (POSNER et al., 2011; MUNDT et al., 2013; GIPSON et al., 2015).

Outra questão associada à ideação suicida é a intensidade com que se faz presente, pois ela deve ser visualizada como um relevante preditor de risco de suicídio, isso porque são observados sua frequência, duração e controle (POSNER et al., 2007).



Considerando a frequência dos pensamentos suicidas, pode-se identificar a quantidade de vezes que a pessoa pensa em suicídio, se ocorrem muitas vezes por dia ou até poucas vezes na semana. Quanto maior a frequência dos pensamentos, maior o risco de comportamentos suicidas (POSNER et al., 2007).

Quanto à duração dos pensamentos, é possível verificar se são passageiros ou se permanecem durante muito tempo ao longo do dia, podendo ser persistentes e até mesmo contínuos. No tocante ao controle do indivíduo sobre tais pensamentos, é possível identificar se consegue ou não parar de pensar em suicídio quando deseja (POSNER et al., 2007; POSNER et al., 2014).

A duração e a frequência dos pensamentos foram observadas em uma pesquisa de 27 meses com 34 adolescentes americanos que estiveram internados por apresentarem ideação suicida ou tentarem suicídio. Em 159 dias (24,4%), houve pensamentos suicidas relatados pelos participantes, 96 (60,4%) dias com duração de uma a oito horas diárias ou continuamente (CZYZ et al., 2018).

Além disso, em 91 (57,6%) dias, a frequência foi de muitas vezes ao dia ou de maneira contínua. Desses, em cinco (5,7%) dias, houve ideação suicida com plano específico e intenção, representando um risco elevado para o suicídio (CZYZ et al., 2018).

Observa-se que a frequência e a duração da ideação suicida, em conjunto com a ausência de impedimentos para cometer suicídio, estão relacionadas intimamente a um maior índice de tentativas (CONWAY et al., 2016). Nesse sentido, podem existir razões que impeçam a pessoa de agir diante dos seus pensamentos suicidas, assim como razões que potencializem a ideação suicida e colaborem com os pensamentos de querer morrer ou se matar (POSNER et al., 2007; CROSBY et al., 2011; WHO, 2014).

Entre as razões que podem impedir uma pessoa de querer morrer ou colocar seus pensamentos em prática, estão o casamento e o senso de responsabilidade com o lar, principalmente com a presença de crianças em casa, práticas religiosas, apoio de grupos sociais, emprego e acesso a serviços de saúde mental (BOTEGA, 2015; CASSORLA, 2018).

Por outro lado, em se tratando das razões para o desenvolvimento de ideação suicida, destacam-se os problemas familiares e de relacionamento, dificuldade financeira e desemprego, conflitos sociais e de identidade sexual, traumas de infância e mortes de entes queridos. Tais fatores favorecem a

visualização do indivíduo sobre o suicídio como a única forma de interromper seu sofrimento (BOTEGA, 2015; URSANO et al., 2020).

Além disso, a carência de apoio social e familiar faz da ideação suicida uma forma de causar reação nas pessoas que negligenciaram este indivíduo ou podem ainda representar uma forma de vingança contra aqueles que não o compreenderam em vida, ao considerar que sua morte será sentida e causará remorso nessas pessoas (BOTEGA, 2015; CASSORLA, 2018).

Ademais, problemas clínicos como dor crônica, neoplasias e doenças incapacitantes são fatores importantes relacionados aos pensamentos suicidas (SADOCK, SADOCK, RUIZ, 2017; CASSORLA, 2018). Pesquisa com 35 idosos de nove cidades brasileiras aponta que o sofrimento intenso, relacionado a doenças crônicas, dolorosas e incapacitantes, condições sociodemográficas, violência e abandonos durante a vida, assim como os transtornos mentais e o abuso de substâncias são importantes elementos relacionados à ideação suicida (CAVALCANTE; MINAYO, 2015).

Dificuldades em lidar com problemas complexos da vida, associadas aos transtornos mentais, especialmente os relacionados ao uso de substâncias, também são considerados fatores extremamente relevantes (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

No que diz respeito à ideação suicida, um estudo desenvolvido com 334 indivíduos em tratamento em uma clínica na Espanha, com o objetivo de caracterizar os riscos de suicídio em pacientes com TRS, mostrou que 43,7% apresentaram pensamentos de morte durante a vida, sendo 8,7% nos últimos 30 dias (LÓPEZ-GOÑI et al., 2018).

Pode-se verificar essa mesma realidade em estudo que analisou 123 prontuários de pessoas com TRS em tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas III (CAPS AD III) de Minas Gerais e identificou frequência de 43,9% indivíduos que apresentaram ideação suicida (CANTÃO; BOTTI, 2016).

Pesquisa com 868 pacientes em tratamento para uso de substâncias nos Estados Unidos da América, Washington, identificou presença de ideação suicida nos últimos 12 meses em 25,9% dos participantes e, destes, 12,1% tiveram pensamentos suicidas nos últimos 30 dias. Os dados mostram que o álcool, a

maconha e os estimulantes foram as substâncias mais utilizadas por estas pessoas (HALLGREN et al., 2017).

Estudo desenvolvido na cidade de Divinópolis (MG) apontou que, entre 410 pacientes em tratamento em um CAPS III, 28,1% das mulheres e 20,9% dos homens apresentaram em algum momento de suas vidas pensamentos de morte, sendo 9,5% e 5,2%, respectivamente, o motivo da admissão no tratamento (BOTTI et al., 2018).

Os transtornos relacionados a substâncias compreendem um relevante fator de risco para o desenvolvimento de ideação suicida. Isso porque o uso de SPA tem forte relação com diversos estressores psicossociais, incluindo desesperança, falta de suporte social, dificuldade financeira e de se relacionar, impulsividade e agressividade, provocando diversos efeitos nocivos como isolamento, quebra de vínculos e vulnerabilidade social (SILVERMAN et al., 2015).

Esse quadro se agrava quando se associa com a baixa procura e adesão ao tratamento, característica comum em pessoas com TRS. Sabe-se que menos de um em cada sete pessoas acessa serviços para tratamento a cada ano e, entre aquelas pessoas que acessam os serviços de saúde mental, o abandono precoce do tratamento é uma realidade (UNODC, 2018).

Sobre esse aspecto, foi evidenciado em estudo conduzido em um CAPS AD da região metropolitana de Curitiba sobre os aspectos que interferem na adesão de pessoas com transtornos relacionados a substâncias que influências externas, como pressão de familiares e amigos, condições sociodemográficas, incluindo a falta de dinheiro, o lugar de moradia e a falta de suporte no trabalho, assim como a desmotivação, comorbidades clínicas, uso do crack ou múltiplas substâncias estão relacionadas à dificuldade de adesão ao tratamento (FERREIRA et al., 2015).

Esse cenário é semelhante para aqueles que têm ideação suicida. Um estudo americano de base populacional identificou que, entre um grupo de 804 pessoas com ideação suicida, 28% tinham planos para findar a própria vida, desses, quase um terço não havia procurado ou permanecido em tratamento de saúde mental no ano anterior aos pensamentos (CHOI; DINITTO; MARTI, 2015).

Com intuito de prevenir o suicídio e ofertar atenção integral às pessoas com sofrimento psíquico, inclusive com ideação suicida, a Política Nacional de Saúde Mental empreende estratégias e diretrizes com o objetivo de promover tratamento e

assistência a essas pessoas, em especial àquelas com TRS, assim como a seus familiares (BRASIL, 2019).

Segundo a Lei nº13.819, de 26 de abril de 2019, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, são fatores indispensáveis a promoção da saúde mental e a garantia de acesso à atenção psicossocial de pessoas com ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio. Além de propostas de educação permanente de gestores e profissionais de saúde em todos os níveis de atenção, assim como o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados sobre esses eventos (BRASIL, 2019).

Para assistência integral às diversas demandas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), destaca-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como uma importante estratégia que favorece a qualificação do cuidado em saúde mental pelo acolhimento e monitoramento contínuo dos casos, considerando os diversificados níveis de complexidade e os pontos de atenção (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017b).

A RAPS, instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 e ampliada através da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, tem como finalidade a criação, a ampliação e a articulação dos diversos pontos de atenção à saúde de pessoas com sofrimento, transtorno mental e necessidades relacionadas ao uso de substâncias no SUS (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017b).

Entre os serviços que compõem a RAPS, no contexto dos TRS, ressaltam-se os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) como pontos estratégicos de reabilitação e reinserção social (BRASIL, 2011).

Formados por equipes multidisciplinares, os CAPS AD promovem atendimentos a pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, bem como a suas famílias. Caracterizado por ser um serviço aberto e comunitário, é constituído como lugar de cuidado na comunidade e nos espaços onde as pessoas transitam em seu território (BRASIL, 2015).

Esses serviços são destinados a adolescentes e adultos com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com ofertas de atividades prioritariamente em espaços coletivos, como grupos, assembleias e reuniões de equipe, de forma articulada com demais pontos da RAPS, podendo ser classificados nas modalidades CAPS AD, CAPS AD III e CAPS AD IV (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017b).

Os CAPS AD são equipamentos indicados para tratamento de adultos, crianças e adolescentes com problemas relacionados ao uso de álcool, crack e outras drogas em municípios com mais de 70 mil habitantes (BRASIL, 2011).

Quanto ao CAPS AD III, eles funcionam vinte e quatro horas, sete dias por semana, para atendimento a adultos, crianças e adolescentes em decorrência do uso de substâncias e que necessitam de cuidados clínicos contínuos. Esta modalidade conta com leitos de observação e monitoramento e tem indicação para municípios com população superior a 200 mil habitantes (BRASIL, 2011).

Com referência aos CAPS AD IV, eles são pontos da atenção especializada que se destinam ao tratamento de pessoas com quadros graves e intensos relacionados ao uso de substâncias. De funcionamento 24 horas por dia, todos os dias da semana, foram criados para prestar assistência a pessoas em cenas abertas de uso como as “cracolândias”. Eles têm leitos de observação e assistência a urgências e emergências em municípios com mais de 500 mil habitantes (BRASIL, 2017b).

Através de práticas em “ambiente portas abertas”, os CAPS se destacam pelo modo de prestar cuidado ao usuário de maneira singular, voltada à sua história, cultura, projetos de vida, família e comunidade, ultrapassando os espaços físicos para além do serviço. Práticas essas que incorporam ao cuidado em saúde um instrumento terapêutico denominado Projeto Terapêutico Singular (PTS) (BRASIL, 2011, BRASIL, 2015).

Através do PTS, é possível o acompanhamento longitudinal no tratamento do indivíduo ao incluir outros pontos de atenção da RAPS no compartilhamento e responsabilização do cuidado por meio de articulação com a Atenção Primária à Saúde (APS), com a Urgência e Emergência, pelo Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Unidades de Pronto Atendimento (UPA), além das estratégias de reabilitação psicossocial, de forma articulada com redes intra e intersetoriais. Esta estratégia terapêutica auxilia na promoção de um cuidado mais próximo e sistematizado ao integrar e envolver serviços, equipes, usuário e família (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2015).

Enfatiza-se que as estratégias de cuidado dos CAPS são um relevante recurso para a promoção à saúde, a identificação de ideação suicida e para a prevenção ao suicídio, fato que pode ser observado em dados nacionais que

apontam que, para municípios que têm este serviço, o risco de suicídio é reduzido em até 14% (BRASIL, 2017c).

Até o ano de 2018, estavam habilitados e em funcionamento 90 CAPS AD III em todo o território nacional: nove no Estado do Paraná, três deles em Curitiba (BRASIL, 2018).

Uma vez que a literatura aponta o suicídio como um dos maiores problemas de saúde pública e uma das maiores crises globais, sendo a ideação um dos preditores com maior associação a esse agravo, torna-se relevante desenvolver estudos sobre os aspectos da ideação suicida no sentido de prover evidências científicas e preparar profissionais de saúde para promoção de um cuidado qualificado (POSNER et al., 2014; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Considerando esta temática, torna-se relevante investir esforços em pesquisa para melhor definir e classificar a ideação suicida (POSNER et al., 2011). Nesse sentido, entende-se que conhecer e saber avaliar os aspectos que envolvem toda a gama de ideação suicida é fundamental para o avanço na identificação do risco de suicídio e, assim, para a aplicação de estratégias preventivas (POSNER et al., 2011; GIPSON et al., 2015).

Deste modo, considera-se relevante desenvolver este estudo com a temática de ideação suicida durante a vida em pessoas com transtornos relacionados a substâncias, ampliando, deste modo, o conhecimento das características das pessoas mais propensas ao desenvolvimento de ideação e comportamentos suicidas, haja vista que a diversidade dos grupos populacionais envolvidos no fenômeno do suicídio tende a variar de acordo com a sua localização, aspectos políticos, socioeconômicos e culturais.

Diante desses fatos, acredita-se ser indispensável que profissionais de saúde mental, em especial enfermeiros, estejam conscientes da realidade do perfil sociodemográfico e clínico dessa população com o fim de planejar ações singulares e promover tratamento especializado para pessoas com sofrimento mental, principalmente aqueles relacionados ao uso de substâncias e com pensamentos suicidas (VARGAS et al., 2018).

Assim, este estudo tem como objeto a “ideação suicida durante a vida em pessoas com transtornos relacionados a substâncias em tratamento”.

## 2 OBJETIVO

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a presença de ideação suicida durante a vida em pessoas com transtornos relacionados a substâncias em tratamento nos CAPS AD III de Curitiba.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a. Caracterizar o perfil sociodemográfico, econômico e clínico de pessoas com transtornos relacionados a substâncias em tratamento nos CAPS AD III;

b. Caracterizar o tipo, a gravidade e a intensidade da ideação suicida durante a vida em pessoas com transtornos relacionados a substâncias pela aplicação do instrumento *Columbia Suicide Severity Rating Scale* (C-SSRS).

### 3 MATERIAIS E MÉTODOS

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo quantitativo, observacional, do tipo transversal.

Baseando-se na medição numérica, estudos de abordagem quantitativa possibilitam, por meio de análise estatísticas e instrumentos de coleta de dados, estabelecer padrões, testar hipóteses e comprovar teorias, registrando atitudes e responsabilidades do entrevistado (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

O método observacional destina-se a testar relações causais, o pesquisador atua como espectador e não faz intervenções, somente coleta os dados e registra as informações que lhe convêm para posterior análise (POLIT; BECK, 2019). Ademais, os estudos observacionais têm como finalidade investigar as distribuições das variáveis em uma população e analisar as características do objeto a ser estudado (HULLEY et al., 2015).

Em estudos transversais, as medições são feitas em um único momento ou em um curto espaço de tempo. São úteis quando se quer descrever variáveis e seus padrões de distribuição, através de uma amostra que deve representar a população a ser estudada (HULLEY et al., 2015).

#### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi conduzido nos três CAPS AD III de Curitiba, Paraná, localizados nas Regionais do Bairro Novo, Cajuru e Portão. No período da coleta de dados da pesquisa, o município tinha cinco CAPS AD: dois na modalidade CAPS AD, com oferta de atendimento de segunda a sexta-feira das 07h00 às 19h00, e três na modalidade AD III, com funcionamento diário, 24 horas por dia.

O local de estudo foi escolhido por ser um dispositivo de atenção em saúde mental especializado, pertencente à RAPS. De acordo com a Política Nacional de Saúde Mental, os CAPS AD são unidades destinadas a proporcionar atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de crack, álcool e outras drogas, assim como a seus familiares (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012b).



Os CAPS AD III são serviços comunitários de funcionamento territorial, compostos por equipe multiprofissional em todos os turnos de atendimento, com destaque para a equipe de enfermagem, que compõe todos os horários de funcionamento, inclusive os plantões noturnos (BRASIL, 2012b).

Norteados pela promoção do suporte social, da saúde e da redução de danos, nos CAPS AD III os usuários são acompanhados por um ou mais profissionais de referência, os quais, por meio do PTS, colaboram para o acompanhamento longitudinal do usuário, articulando o cuidado intra e intersetorial com outros pontos da RAPS (BRASIL, 2019).

### 3.3 POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA

A população alvo deste estudo foi representada por pessoas com TRS em tratamento nos três CAPS AD III de Curitiba. De acordo com dados fornecidos pela Gerência de Saúde Mental do município, 1013 pessoas estavam cadastradas nos CAPS III neste período: 229 no CAPS (A), 371 no CAPS (B) e 413 no CAPS (C).

A amostragem estabelecida se deu por conveniência e foram elencados para participar os usuários em tratamento que compareceram aos locais de estudo no período de abril a novembro de 2018. Nesse tipo de amostragem, o pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo, de alguma forma, que eles possam representar a população alvo. O grupo empregado nesse tipo de recrutamento é selecionado por estar convenientemente disponível (POLIT; BECK, 2019).

Ressalta-se que a amostragem por conveniência foi escolhida pela especificidade no tratamento de cada indivíduo, tendo em vista que seu PTS, elaborado de modo subjetivo e individualizado, pode não exigir seu comparecimento diário ao equipamento de saúde, bem como pelo elevado índice de absenteísmo e não adesão ao tratamento, frequentes nessa população, como evidenciado por Paiano et al. (2019).

Estabeleceu-se como critério de inclusão pessoas com TRS em tratamento nestes CAPS, com idade igual ou superior a 18 anos. Foram excluídos os indivíduos que apresentaram comprometimento cognitivo documentado em prontuário ou identificados pela equipe multiprofissional, além daqueles em estado de intoxicação

por uso de substâncias, impossibilitados de compreender e responder às questões da pesquisa.

A amostra estabelecida ao final do período de coleta dos dados foi de 137 indivíduos, distribuídos entre os três locais: 43 eram do CAPS (A); 47, do CAPS (B); e 47 eram do CAPS (C). Foram excluídos nove usuários por comprometimento identificado pela equipe e/ou registrado em prontuário. Excluiu-se também um por situação de intoxicação por álcool, que impediu o legítimo entendimento das perguntas (QUADRO 1).

Nos casos de recusa, entrevistas interrompidas por situações clínicas, desistência ou cansaço do participante, assim como por intoxicação de substâncias, foram novamente propostas a serem iniciadas ou retomadas em até três vezes, em dias e momentos distintos, de maneira a não comprometer o rigor científico do estudo. Ao final, foram totalizadas 24 recusas e três entrevistas incompletas (QUADRO 1).

QUADRO 1 – AMOSTRA FINAL DO ESTUDO, RECUSAS, EXCLUSÕES E ENTREVISTAS INCOMPLETAS DE ACORDO COM OS LOCAIS DE PESQUISA.

LOCAL	AMOSTRA FINAL	RECUSAS	EXCLUSÕES	ENTREVISTAS INCOMPLETAS
<b>CAPS A</b>	43	6	4	0
<b>CAPS B</b>	47	15	5	2
<b>CAPS C</b>	47	3	1	1
<b>TOTAL</b>	137	24	10	3

Fonte: O autor (2020).

### 3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados mediante aplicação de dois instrumentos: *Columbia Suicide Severity Rating Scale* (C-SSRS) e *Addiction Severity Index – Version 6* (ASI-6) (Anexo 1).

#### 3.4.1 Instrumento 1 – *Columbia-Suicide Severity Rating Scale*

O C-SSRS foi desenvolvido por uma equipe de pesquisadores da Universidade de Columbia, Nova Iorque, em parceria com as Universidades da Pensilvânia e Pittsburgh, com apoio do *National Institute of Mental Health* (NIMH). É

uma escala de avaliação do risco de suicídio, com base em mais de vinte anos de estudo científico, podendo ser aplicado em ambientes clínicos e de pesquisa (POSNER et al., 2011).

Este instrumento foi originado diante da falta de uniformidade na avaliação e da variabilidade de terminologias para situações idênticas ou uma única terminologia para situações diferentes, relacionadas tanto à ideação, como ao comportamento suicida (POSNER et al., 2011).

A escala foi criada para avaliar o risco de suicídio, abrangendo todos os aspectos das ideias e dos comportamentos suicidas, incluindo intensidade, frequência e alterações ao longo da vida. Mostra-se eficiente por identificar com maior precisão quem necessita de auxílio, reduzindo encaminhamentos e intervenções desnecessárias, utilizando linguagem simples e direta, facilitando respostas honestas e claras (POSNER et al., 2014).

Traduzido para mais de 100 idiomas, o C-SSRS foi validado pela análise psicométrica de três estudos multicêntricos: o primeiro, com 124 adolescentes que tiveram ideação ou tentativa de suicídio; o segundo, com adolescentes de 11 a 17 anos com diagnóstico de transtorno depressivo maior; e o terceiro, com 237 adultos que compareceram a um serviço de emergência por motivos de ideação ou comportamento suicida (POSNER et al., 2011).

Os três estudos apresentaram consideráveis validades convergentes, divergentes e preditivas, assim como sensibilidade, especificidade e sensibilidade à mudança, com alta consistência interna no primeiro estudo, *Alpha de Cronbach* 0,937, e moderada consistência nos outros dois, *Alpha de Cronbach* 0,73 (POSNER et al., 2011).

Com destaque pela sua utilização pelos *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) e pela WHO, que recomendam seu uso para coleta de dados de usuários (POSNER et al., 2014).

O C-SSRS identifica não apenas se alguém já tentou suicídio, mas também se considerou o suicídio, se se preparou para uma tentativa ou se abortou os planos em algum momento da vida (POSNER et al., 2011).

As perguntas são organizadas por meio de quatro subescalas: **ideação suicida, intensidade da ideação suicida, comportamento suicida e letalidade da tentativa de suicídio.**

A presença da **ideação suicida** assim como sua gravidade são avaliadas por meio de cinco questões, em uma escala ordinal de cinco pontos, em que se pode identificar: 1. o desejo de estar morto/a; 2. os pensamentos suicidas ativos não específicos; 3. a ideação suicida ativa com algum método (sem plano) e sem intenção de agir; 4. a ideação suicida ativa com alguma intenção de agir, sem plano específico; e 5. a ideação suicida ativa com plano específico e intenção, considerando que maiores pontuações correspondem a uma maior gravidade (POSNER et al., 2011).

Para avaliar a **intensidade da ideação suicida**, utiliza-se uma subescala ordinal, contendo cinco perguntas relacionadas à frequência com que esses pensamentos ocorrem, à duração dos pensamentos, ao controle sobre os pensamentos, às quatro razões para não cometer suicídio e às razões para ideação (POSNER et al., 2011).

Cada pergunta sobre a intensidade suicida apresenta respostas com pontuações que variam entre zero e cinco, com exceção das duas primeiras perguntas, que pontuam entre um e cinco pontos, sendo a soma total das perguntas correspondente ao *score*, que varia entre dois e 25 pontos, em que maiores pontuações representam maior intensidade da ideação (POSNER et al., 2011).

Por meio da subescala de comportamentos suicidas, é possível identificar se o indivíduo empreendeu **atos e comportamentos preparatórios**, que correspondem às preparações para uma tentativa de suicídio; **tentativa abortada**, quando a pessoa inicia os primeiros passos para a tentativa, mas desiste antes de qualquer comportamento autodestrutivo; **tentativa interrompida**, em que a pessoa é impedida da ação por uma circunstância externa ou; a **tentativa efetiva**, definida como a realização de um ato potencialmente autolesivo, com algum desejo de morte como resultado.

Fazem parte da escala, a avaliação da **letalidade potencial** e a **letalidade da tentativa efetiva**, que identificam, respectivamente, a probabilidade de o comportamento causar lesão ao indivíduo ou a gravidade desta lesão (POSNER et al., 2014).

Para o estudo em questão, a ideação e os comportamentos suicidas foram avaliados durante a vida, ou seja, em algum momento da vida (recorte temporal), tendo sido, para tanto, utilizada a versão do C-SSRS adaptada para o português, autorizada pelos seus idealizadores (ANEXO 2).

### 3.4.2 Instrumento 2 – *Addiction Severity Index* - (ASI-6)

O ASI-6 foi o segundo instrumento utilizado para a coleta de dados deste estudo. Criado em 1979 por Thomas McLellan et al. com o propósito inicial voltado à pesquisa, o ASI, atualmente em sua sexta versão, é um instrumento capaz de fornecer informações sobre diversos aspectos da vida, relacionados diretamente a problemas decorrentes do consumo de substâncias (KESSLER et al., 2012).

O instrumento responde a demandas clínicas e de pesquisa, através de abordagem multidimensional, determinando prioridades terapêuticas ao indivíduo, assim como o seu manejo (CACCIOLA et al., 2011).

O ASI-6 foi adaptado e validado à população brasileira em 2011 por Kessler et al. (2012) por meio de um estudo multicêntrico envolvendo 740 pessoas, sob gerência do Centro de Pesquisas em Álcool e Drogas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CPAD), tendo obtido uma consistência interna entre 0.64 e 0.95 (alfa de *Cronbach*).

Trata-se de uma entrevista semiestruturada, composta por 252 questões, com duração média de 45 a 60 minutos, que possibilita avaliar a gravidade dos problemas relacionados ao uso de substâncias em sete áreas: médica, ocupacional, aspectos legais, psiquiátrica, sociofamiliar, uso de álcool e outras drogas (KESSLER et al., 2012).

Além disso, o ASI-6 apresenta subescalas para as sete áreas avaliadas, que identificam o tipo, a duração e a frequência e intensidade desses problemas vivenciados durante a vida, nos últimos seis meses e nos 30 dias anteriores à entrevista (CACCIOLA et al., 2011).

Cada subescala do ASI-6 apresenta um *score*, com exceção da área sociofamiliar, que apresenta três scores distintos. Quanto mais elevado for o *score*, maiores são os problemas da área avaliada (KESSLER et al., 2012). Neste estudo, o ASI-6 foi utilizado para caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico.

### 3.5 CAPACITAÇÃO DOS ENTREVISTADORES

Para a aplicação dos instrumentos escolhidos para a coleta de dados, levando em consideração que se trata de um Projeto maior, composto por um grupo de pesquisadores, foi feita uma capacitação de toda equipe de coleta, que era

composta por duas discentes de doutorado, dois discentes do mestrado, uma enfermeira e duas acadêmicas de enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

A capacitação teve como objetivo problematizar assuntos relevantes à coleta dos dados, tais como a postura do entrevistador perante a equipe multiprofissional em relação à abordagem inicial ao participante, a conduta necessária durante toda a entrevista, assim como informações sobre os campos de coleta.

Para utilização do C-SSRS, a capacitação contou com simulações de aplicações entre a equipe. Também foi feito um treinamento *on-line* para aplicação do C-SSRS, fortemente recomendado e disponível pelos idealizadores. O treinamento consistiu em um vídeo, com opção subtitulada em português, de duração aproximada de 30 minutos. Ao final, cada membro da equipe respondeu a oito casos clínicos com base no treinamento ofertado. Diante de uma pontuação satisfatória, foi emitido um certificado de aptidão para sua aplicação (ANEXO 3).

Para aplicação do ASI-6, foram feitas simulações e aplicações-teste entre os próprios pesquisadores, utilizando o instrumento original em sua versão na língua portuguesa. Foi utilizado o manual de preenchimento elaborado por seus autores (KESSLER, 2011).

A carga horária total da capacitação foi de 25 horas e foi feita no mês de janeiro de 2018. Em julho de 2018, foi ofertada nova capacitação no período em que o pesquisador deste estudo integrou o grupo de pesquisa. Este pesquisador acompanhou, na condição de observador, diversas entrevistas realizadas pelos demais membros da equipe de coleta, além de ter supervisionado a aplicação de suas primeiras entrevistas aos participantes da pesquisa.

### 3.6 TESTE PILOTO

Antes da aplicação definitiva, o estudo precisa passar por um teste preliminar no sentido de identificar possíveis falhas na aplicação do instrumento de coleta de dados. O pré-teste, como pode ser chamado, deve ser executado na população com as mesmas características daquela a ser pesquisada, por meio de uma amostragem menor. A finalidade do pré-teste é assegurar a validade e a precisão na aplicação dos instrumentos, sobretudo no que diz respeito à fidedignidade, validade e operatividade (MARCONI; LAKATOS, 2006).

Dessa forma, durante os meses de janeiro e fevereiro de 2018, os instrumentos de coleta de dados foram aplicados a 15 pessoas com transtornos relacionados a substâncias em tratamento em um CAPS AD da região metropolitana de Curitiba para identificar a estrutura global da entrevista e todo o processo da coleta de dados.

Esse processo possibilitou compreender a logística diária completa, a postura do entrevistador, os possíveis desconfortos físicos e psicológicos do entrevistado, a sequência da aplicação dos instrumentos, a duração e a clareza nas terminologias aplicadas. Após a aplicação de cada teste piloto, os participantes da entrevista foram interrogados sobre a experiência relacionada à entrevista e, então, organizada uma nova reunião entre os pesquisadores, tendo como pauta as principais considerações e ajustes necessários para coleta dos dados do estudo.

Assim, foi alterada a sequência de aplicação dos instrumentos, uma vez que, começando com o C-SSRS, observou-se um desconforto do participante frente a um assunto complexo e delicado. Além disso, foram identificados alguns pontos, como a extensa duração das entrevistas, a necessidade da disponibilização da escala de *Likert* em tamanho suficiente à sua visualização adequada e a simplificação da nomenclatura utilizada, tanto no recrutamento como no decorrer da entrevista.

O teste piloto foi aplicado previamente à inserção deste pesquisador ao projeto, sendo então, capacitado com base nas considerações referentes ao teste piloto em forma de reuniões e discussões semanais do grupo de pesquisa, tendo como base as experiências individuais e coletivas dos entrevistadores.

### 3.7 COLETA DE DADOS

Inicialmente foi concedida autorização, pela Coordenação de Saúde Mental do município, para a realização das entrevistas e consulta aos prontuários. Em seguida, foi feito contato com os coordenadores locais de cada CAPS AD III, com o objetivo de estabelecer combinados referentes à abordagem dos participantes, local e dias de coleta, apresentação e divulgação da pesquisa à equipe técnica e demais funcionários, cuidando de não comprometer o funcionamento da unidade.



Aos usuários do serviço, o projeto foi apresentado de maneira coletiva, em espaços legitimados dos CAPS, como assembleias, espaços de ambiência, refeitório, e demais dependências de uso comum da unidade.

Antes e após as atividades desenvolvidas no CAPS, as pessoas eram convidadas a participar através de abordagem direta ou por intermédio de profissionais da equipe dos CAPS. As entrevistas foram realizadas individualmente, em local reservado, priorizando as pessoas que não estavam participando de atividades terapêuticas.

O período de coleta dos dados transcorreu de abril a novembro de 2018, dividindo-se em dois meses para cada CAPS, conforme o tempo disponibilizado pela coordenação de Saúde Mental do município.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas estruturadas, com duração de 45 a 90 minutos. As entrevistas foram realizadas de segunda a sexta-feira, das 08h00 às 12h00 e das 13h00 às 17h00, mediante escala, pelos integrantes da equipe capacitada, organizadas de maneira a permanecer pelo menos um membro da equipe em cada turno e dia da semana.

### 3.8 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Consideradas componentes centrais das pesquisas quantitativas, as variáveis compreendem tudo aquilo que pode assumir diferentes valores ou aspectos, de acordo com casos ou circunstâncias particulares (POLIT; BECK, 2019).

Quase todas as características humanas são variáveis. As variáveis podem ser traços humanos inerentes, como idade e peso, por exemplo, ou podem ser criadas pelo pesquisador, de acordo com o objetivo da pesquisa (POLIT; BECK, 2019).

Para caracterização da ideação suicida, foram utilizadas variáveis extraídas do instrumento C-SSRS, enquanto para a caracterização do perfil sociodemográfico, econômico e clínico de pessoas com transtornos relacionados a substâncias, as variáveis foram extraídas do ASI-6 (QUADRO 2).



QUADRO 2 – VARIÁVEIS DO ESTUDO DE ACORDO COM O INSTRUMENTO UTILIZADO E A QUANTIDADE.

VARIÁVEIS	INSTRUMENTO UTILIZADO	QUANTIDADE
Caracterização da ideação suicida	C-SSRS	13
Sociodemográficas e econômicas	ASI-6	25
Clínicas	ASI-6	51
<b>TOTAL</b>		89

Fonte: O autor (2020).

Ressalta-se que o estudo tem variáveis quantitativas contínuas e discretas e qualitativas nominais e ordinais. As variáveis quantitativas contínuas admitem valores fracionários entre valores consecutivos, como temperatura e peso, por exemplo, sendo diferente das variáveis discretas, em que não é possível a inclusão de valores fracionários como a frequência cardíaca ou o número de casos de determinada doença (POLIT; BECK, 2019).

Variáveis qualitativas nominais envolvem o uso de números apenas para categorizar atributos, não tendo significado quantitativo, enquanto as variáveis qualitativas ordinais classificam a pessoa em um atributo e têm uma ordenação em suas categorias para medir tal atributo, como escolaridade (1º, 2º e 3º grau) ou estágio da doença (inicial, intermediário e final) (POLIT; BECK, 2019).

A descrição completa das variáveis utilizadas no estudo se encontra no Apêndice 1.

### 3.9 ANÁLISES DOS DADOS

A análise dos dados foi feita de modo quantitativo-descritivo.

Dados quantitativos são analisados estatisticamente e possibilitam ao pesquisador reunir, organizar, interpretar e comunicar a informação numérica, descrevendo e sintetizando seus dados (POLIT; BECK, 2019).

Para realizar a análise de dados, os dados do instrumento C-SSRS foram codificados e inseridos, por dupla digitação, em planilha do Excel®. Os dados extraídos do ASI-6 foram replicados e gerenciados na plataforma *Research Electronic Data Capture®* (REDCap), utilizando dupla checagem, para análise desses dados foi utilizado o SPSS.

A análise descritiva das variáveis contínuas foi descrita por medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão). As variáveis categóricas foram apresentadas por frequências absolutas e relativas.

### 3.10 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo integra um projeto maior, intitulado “Adesão ao tratamento pelo dependente de substância psicoativa”, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná (UFPR), sob número do CAAE 66929617.0.0000.0102 e de protocolo 2.033.006, de 26 de abril de 2017 (ANEXO 4), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Prefeitura Municipal de Curitiba, sob o número do CAAE 66929617.0.3001.0101 e protocolo nº 2.071.351 (ANEXO 5).

Os participantes após receberem todas as informações relativas à sua participação na pesquisa, bem como a garantia do sigilo e anonimato, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Apêndice 2.

Foram respeitados os aspectos éticos de pesquisa com seres humanos conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012c), e considerada a preocupação com a condição de saúde mental do participante, a qual poderia, inclusive, apontar para um risco de suicídio. Todas as situações identificadas foram comunicadas à equipe multidisciplinar da unidade, respeitando o código de ética de Enfermagem (COFEN, 2017), a lei do exercício profissional (BRASIL, 1986) e os direitos da pessoa com transtornos mentais, conforme a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2001).

## 4 RESULTADOS

Os resultados do estudo foram expostos de forma descritiva, estratificados pelo sexo do participante e organizados nos itens: 1) Caracterização da ideação suicida durante a vida em pessoas com transtornos relacionados a substâncias; 2) Caracterização sociodemográfica e econômica das pessoas com transtornos relacionados a substâncias; 3) Caracterização clínica das pessoas com transtornos relacionados a substâncias. Os dois últimos tópicos foram analisados descritivamente também com a ideação suicida durante a vida.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DA IDEAÇÃO SUICIDA DURANTE A VIDA EM PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS

Dos 137 participantes da pesquisa, 112 (81,8%) relataram ter apresentado ideação suicida em algum momento da vida, representadas por desejo de estar morto e/ou pensamentos de retirar a própria vida. Destaca-se que 29 (21,2%) relataram tais pensamentos nos 30 dias que antecederam a entrevista (TABELA 1).

Com relação à gravidade da ideação durante a vida, a Tabela 1 mostra que 97 (70,8%) apresentaram pensamentos suicidas ativos não específicos; 87 (63,5%), ideação suicida ativa com algum método, sem plano e sem intenção de agir; 73 (53,3%), ideação suicida com intenção, porém sem plano específico; e 55 (40,1%), ideação suicida com plano e intenção, esta última considerada a forma mais grave de ideação suicida. O score da gravidade foi de 3,78, com desvio padrão de  $\pm 1,46$ .

TABELA 1 – IDEAÇÃO SUICIDA DURANTE A VIDA E NOS ÚLTIMOS 30 DIAS EM PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS POR SEXO. CURITIBA, 2018.  
(continua)

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
<b>TIPOS DE IDEAÇÃO SUICIDA</b>						
<b>Desejo de estar morto(1)</b>						
Sim	100	(82)	12	(80)	112	(81,8)
Não	22	(18)	3	(20)	25	(18,2)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(100)</b>	<b>15</b>	<b>(100)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Pensamentos suicidas ativos não específicos(2)</b>						
Sim	86	(70,5)	11	(73,3)	97	(70,8)
Não	36	(29,5)	4	(26,7)	40	(29,2)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(100)</b>	<b>15</b>	<b>(100)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>

TABELA 1 – IDEIAÇÃO SUICIDA DURANTE A VIDA E NOS ÚLTIMOS 30 DIAS EM PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS POR SEXO. CURITIBA, 2018. (conclusão)

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
<b>Ideação suicida ativa com algum método, sem intenção de agir(3)</b>						
Sim	76	(62,3)	11	(73,3)	87	(63,5)
Não	46	(37,7)	4	(26,7)	50	(36,5)
<b>Total</b>	122	(100)	15	(100)	137	(100)
<b>Ideação suicida ativa com alguma intenção de agir, sem plano específico(4)</b>						
Sim	62	(50,8)	11	(73,3)	73	(53,3)
Não	60	(49,2)	4	(26,7)	64	(46,7)
<b>Total</b>	122	(100)	15	(100)	137	(100)
<b>Ideação suicida ativa com plano específico e intenção(5)</b>						
Sim	47	(38,5)	8	(53,3)	55	(40,1)
Não	75	(61,5)	7	(46,7)	82	(59,9)
<b>Total</b>	122	(100)	15	(100)	137	(100)
<b>Score da gravidade da ideação suicida<sup>a</sup></b>						
1	14	(14)	1	(8,3)	15	(13,4)
2 – 3	24	(24)	-	-	24	(21,4)
4 – 5	62	(62)	11	(91,7)	73	(65,2)
<b>Total</b>	100	(100)	12	(100)	112	(100)
<b>Ideação suicida últimos 30 dias</b>						
Sim	27	(22,1)	2	(13,3)	29	(21,2)
Não	95	(77,9)	13	(86,7)	108	(78,8)
<b>Total</b>	122	(100)	15	(100)	137	(100)

Fonte: O autor (2020).

A intensidade da ideação foi verificada levando em consideração o momento de maior gravidade suicida durante a vida relatado pelo participante, sendo investigados a frequência, a duração e o controle sobre os pensamentos, além das razões para não cometer suicídio e razões para o suicídio.

Observa-se predomínio de pensamentos suicidas com frequência diária ou muitas vezes ao dia por 40 (35,8%) dos participantes. A duração predominante desses pensamentos foi acima de uma hora por dia, alcançando até mais de oito horas diárias em 56 (50,1%) (TABELA 2).

Quanto à presença da família, da religião ou da dor da morte, 64 (57,1%) responderam que esse foi o impedimento para cometer suicídio, porém as principais razões para pensar em suicídio, para 78 (69,6%) participantes, com certeza, foi para findar o sofrimento (TABELA 2). A Tabela 2 mostra que 44 (39,3%) participantes apresentaram *scores* mais altos de intensidade da ideação suicida, entre 18 e 25 pontos. Ademais, a média da intensidade foi de 14,73, com desvio padrão de  $\pm 4,89$ .

TABELA 2 – INTENSIDADE DA IDEAÇÃO SUICIDA DURANTE A VIDA EM PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS POR SEXO. CURITIBA, 2018.

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
<b>Frequência da ideação suicida</b>						
Menos de uma vez na semana(1)	31	(31)	3	(25)	34	(30,3)
Uma vez por semana(2)	12	(12)	2	(16,6)	14	(12,5)
2 a 5 vezes por semana(3)	22	(22)	2	(16,7)	24	(21,4)
Todos os dias ou quase todos os dias(4)	18	(18)	3	(25)	21	(18,8)
Muitas vezes por dia(5)	17	(17)	2	(16,7)	19	(17)
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>(100)</b>	<b>12</b>	<b>(100)</b>	<b>112</b>	<b>(100)</b>
<b>Duração</b>						
Passageiros / segundos ou minutos(1)	32	(32)	5	(41,6)	37	(33)
< 1 hora / algum tempo(2)	18	(18)	1	(8,3)	19	(16,9)
1 a 4 horas / muito tempo(3)	20	(20)	2	(16,7)	22	(19,7)
4 a 8 horas / a maior parte do dia(4)	10	(10)	2	(16,7)	12	(10,7)
> 8 horas / persistentes ou contínuos(5)	20	(20)	2	(16,7)	22	(19,7)
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>(100)</b>	<b>12</b>	<b>(100)</b>	<b>112</b>	<b>(100)</b>
<b>Controlabilidade</b>						
Controla os pensamentos facilmente(1)	41	(41)	3	(25)	44	(39,3)
Controla com pouca dificuldade(2)	12	(12)	1	(8,3)	13	(11,6)
Controla com alguma dificuldade(3)	13	(13)	-	-	13	(11,6)
Controla com muita dificuldade(4)	14	(14)	1	(8,3)	15	(13,4)
É incapaz de controlar os pensamentos(5)	19	(19)	7	(58,4)	26	(23,2)
Não tenta controlar os pensamentos(0)	1	(1)	-	-	1	(0,9)
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>(100)</b>	<b>12</b>	<b>(100)</b>	<b>112</b>	<b>(100)</b>
<b>Razões para não cometer suicídio (algo ou alguém)</b>						
Essas razões o impediram(1)	57	(57)	7	(58,4)	64	(57,1)
Essas razões provavelmente o impediram(2)	8	(8)	1	(8,3)	9	(8)
Não tem certeza(3)	5	(5)	1	(8,3)	6	(5,4)
As razões provavelmente não o impediram(4)	5	(5)	2	(16,7)	7	(6,3)
As razões certamente não o impediram(5)	22	(22)	1	(8,3)	23	(20,5)
Não se aplica a seu caso(0)	3	(3)	-	-	3	(2,7)
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>(100)</b>	<b>12</b>	<b>(100)</b>	<b>112</b>	<b>(100)</b>
<b>Razões para cometer suicídio</b>						
Com certeza para chamar atenção(1)	1	(1)	-	-	1	(0,9)
Sobretudo para chamara a atenção(2)	2	(2)	-	-	2	(1,8)
Chamar a atenção e acabar com o sofrimento(3)	7	(7)	-	-	7	(6,2)
Sobretudo para acabar com o sofrimento(4)	18	(18)	2	(16,7)	20	(17,9)
Com certeza para acabar com o sofrimento(5)	68	(68)	10	(83,3)	78	(69,6)
Não se aplica	4	(4)	-	-	4	(3,6)
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>(100)</b>	<b>12</b>	<b>(100)</b>	<b>112</b>	<b>(100)</b>
<b>Score da intensidade da ideação suicida</b>						
5 a 10	28	(28)	3	(25)	31	(27,7)
11 a 17	35	(35)	2	(16,7)	37	(33)
18 a 25	37	(37)	7	(58,3)	44	(39,3)
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>(100)</b>	<b>12</b>	<b>(100)</b>	<b>112</b>	<b>(100)</b>

Fonte: O autor (2020).

## 4.2 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E ECONÔMICA DAS DE PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS

A Tabela 3 mostra que, entre os 137 participantes, 122 (89,1%) eram do sexo masculino, 68 (49,6%) com faixa etária entre 30 e 49 anos, 63 (46%) brancos e 113 (82,5%) sem relação conjugal no momento.

Ao verificar a frequência de ideação suicida, tendo em vista aspectos sociodemográficos e econômicos, na Tabela 3, destaca-se a presença de ideação entre pessoas com idade entre 18 e 29 anos em 26 (92,8%), sem qualquer relação conjugal em 92 (81,4%), que estavam desempregados ou fora do mercado de trabalho em 83 (77,6%) e com renda insuficiente para o próprio sustento e dos seus dependentes em 80 (83,3%).

TABELA 3 – ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, POR SEXO, DE ACORDO COM A PRESENÇA DE IDEAÇÃO SUICIDA. CURITIBA, 2018. (continua)

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N (%)	IS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	IS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	IS <sup>a</sup> N (%)
<b>Sexo</b>	122(89,1)	100(82)	15(10,9)	12(80)	137(100)	112(81,8)
<b>Idade</b>						
18 a 29 anos	24(19,7)	22(91,7)	4(26,7)	4(100)	28(20,5)	26(92,8)
30 a 49 anos	62(50,8)	53(85,5)	6(40)	6(100)	68(49,6)	59(86,7)
≥50 anos	36(29,5)	25(69,4)	5(33,3)	2(40)	41(29,9)	27(65,8)
<b>Total</b>	122(100)	100(82)	15(100)	12(80)	137(100)	112(81,8)
<b>Raça</b>						
Amarela/oriental	6(4,9)	4(66,7)	1(6,7)	1(100)	7(5,1)	5(71,4)
Branca	52(42,6)	42(80,8)	11(73,3)	9(81,8)	63(46)	51(80,9)
Indígena	2(1,7)	2(100)	-	-	2(1,5)	2(100)
Negra	12(9,8)	11(91,7)	1(6,7)	1(100)	13(9,5)	12(92,3)
Parda	50(41)	41(82)	2(13,3)	1(50)	52(37,9)	42(80,8)
<b>Total</b>	122(100)	100(82)	15(100)	12(80)	137(100)	112(81,8)
<b>Situação conjugal</b>						
Casado ou vivendo como casado	20(16,5)	17(85)	4(26,7)	3(75)	24(17,5)	20(83,3)
Divorciados ou separados	49(40,1)	39(79,6)	2(13,3)	2(100)	51(37,2)	41(80,4)
Solteiros	50(40,9)	42(84)	7(46,7)	6(85,7)	57(41,6)	48(84,2)
Viúvo	3(2,5)	2(66,7)	2(13,3)	1(50)	5(3,7)	3(60)
<b>Total</b>	122(100)	100(82)	15(100)	12(80)	137(100)	112(81,8)
<b>Filhos</b>						
Não	44(36,1)	37(84,1)	1(6,7)	1(100)	45(32,9)	38(84,4)
Sim	78(63,9)	63(80,7)	14(93,3)	11(78,6)	92(67,1)	74(80,4)
<b>Total</b>	122(100)	100(82)	15(100)	12(80)	137(100)	112(81,8)
<b>Escolaridade</b>						
Ensino Fundamental	55(45,1)	44(80)	6(40)	4(66,7)	61(44,5)	48(78,7)
Ensino Médio	39(32)	33(84,6)	8(53,3)	7(87,5)	47(34,3)	40(85,1)
Ensino Superior	5(4,1)	4(80)	-	-	5(3,7)	4(4,1)
Nenhuma	23(18,8)	19(82,6)	1(6,7)	1(100)	24(17,5)	20(83,3)

TABELA 3 – ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, POR SEXO, DE ACORDO COM A PRESENÇA DE IDEAÇÃO SUICIDA. CURITIBA, 2018. (conclusão)

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N (%)	IS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	IS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	IS <sup>a</sup> N (%)
<b>Situação empregatícia</b>						
Bicos	12(9,8)	12(100)	2(13,3)	2(100)	14(10,2)	14(100)
Desempregado e procurando emprego	46(37,7)	35(76,1)	6(40)	5(83,3)	52(38)	40(76,9)
Fora do mercado <sup>b</sup>	48(39,4)	38(79,2)	7(46,7)	5(71,4)	55(40,1)	43(82,7)
Trabalho formal	16(13,1)	15(93,7)	-	-	16(11,7)	15(93,7)
<b>Total</b>	122(100)	100(82)	15(100)	12(80)	137(100)	112(81,8)
<b>Certificação Profissional</b>						
Não	63(51,7)	55(87,3)	5(33,3)	3(60)	68(49,6)	58(85,3)
Sim	57(46,7)	44(77,2)	10(66,7)	9(90)	67(48,9)	53(79,1)
Sem resposta válida	2(1,6)	1(50)	-	-	2(1,5)	1(50)
<b>Total</b>	122(100)	100(82)	15(100)	12(80)	137(100)	112(81,8)
<b>Renda suficiente para o sustento</b>						
Não	84(68,9)	70(83,3)	12(80)	10(83,3)	96(70,1)	80(83,3)
Sim	38(31,1)	30(78,9)	3(20)	2(66,7)	41(29,9)	32(78)
<b>Total</b>	122(100)	100(82)	15(100)	12(80)	137(100)	112(81,8)
<b>Ter dependentes financeiros</b>						
Não	83(68)	68(81,9)	6(40)	5(83,3)	89(65)	73(82)
Sim	39(32)	32(82)	9(60)	7(77,8)	48(35)	39(81,2)
<b>Total</b>	122(100)	100(82)	15(100)	12(80)	137(100)	112(81,8)
<b>Assistência pública ou governamental<sup>c</sup></b>						
Não	101(82,8)	85(84,1)	15(100)	12(80)	116(84,7)	97(83,6)
Sim	21(17,2)	15(71,4)	-	-	21(15,3)	15(71,4)
<b>Total</b>	122(100)	100(82)	15(100)	12(80)	137(100)	112(81,8)
<b>Histórico de situação de rua</b>						
Não	70(57,4)	59(84,3)	5(33,3)	5(100)	75(54,7)	64(85,3)
Sim	52(42,6)	41(78,8)	10(66,7)	7(70)	62(45,3)	48(77,4)
<b>Total</b>	122(100)	100(82)	15(100)	12(80)	137(100)	112(81,8)

FONTE: O autor (2020).

NOTA: <sup>a</sup>IS: ideação suicida durante a vida. <sup>b</sup>Não trabalha e não procura trabalho. <sup>c</sup>Bolsa família, bolsa escola e moradia.

No contexto social, na Tabela 4, quanto aos relacionamentos interpessoais, evidencia-se maior frequência de ideação entre aqueles participantes que declararam falta de apoio familiar em 43 (91,5%) e ausência de apoio de amigos em 79 (88,7%). Quanto às atividades sociais, evidencia-se ideação suicida em 43 (95,5%) participantes que não realizaram qualquer tipo de atividade religiosa nos 30 dias que antecederam a entrevista e em 72 (81,8%) que referiram dificuldade de aproveitar o tempo livre e de lazer.



TABELA 4 – ASPECTOS SOCIAIS QUANTO AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS E AO LAZER DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, POR SEXO, DE ACORDO COM A IDEIAÇÃO SUICIDA. CURITIBA, 2018.

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N (%)	IS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	IS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	IS <sup>a</sup> N (%)
<b>Relacionamento amoroso (último mês)</b>						
Não	47(38,5)	31(65,9)	6(40)	4(66,7)	53(38,7)	35(66)
Sim	75(61,5)	69(92)	9(60)	8(88,9)	84(61,3)	77(91,7)
<b>Total</b>	122(100)	100(82)	15(100)	12(80)	137(100)	112(81,8)
<b>Apoio familiar</b>						
Não	40(32,8)	36(90)	7(46,7)	7(100)	47(34,3)	43(91,5)
Sim	82(67,2)	64(78)	8(53,3)	5(62,5)	90(65,7)	69(76,7)
<b>Total</b>	122(100)	100(82)	15(100)	12(80)	137(100)	112(81,8)
<b>Apoio de amigos</b>						
Não	79(64,8)	70(88,6)	10(66,7)	9(90)	89(65)	79(88,7)
Sim	43(35,2)	30(69,7)	5(33,3)	3(60)	48(35)	33(68,7)
<b>Total</b>	122(100)	100(82)	15(100)	12(80)	137(100)	112(81,8)
<b>Alguém com quem possa contar<sup>b</sup></b>						
Não	71(58,2)	60(84,5)	9(60)	7(77,8)	80(58,4)	67(83,7)
Sim	51(41,8)	40(78,4)	6(40)	5(83,3)	57(41,6)	45(78,9)
<b>Total</b>	122(100)	100(82)	15(100)	12(80)	137(100)	112(81,8)
<b>Atividades religiosas (últimos 30 dias)</b>						
Não	41(33,6)	39(95,1)	4(26,7)	4(100)	45(32,9)	43(95,5)
Sim	81(66,4)	61(75,3)	11(73,3)	8(72,7)	92(67,1)	69(75)
<b>Total</b>	122(100)	100(82)	15(100)	12(80)	137(100)	112(81,8)
<b>Dificuldade de aproveitar o tempo livre/lazer (últimos 30 dias)</b>						
Não	39(32)	32(82)	10(66,7)	8(80)	49(35,8)	40(81,6)
Sim	83(68)	68(81,9)	5(33,3)	4(80)	88(64,2)	72(81,8)
<b>Total</b>	122(100)	100(82)	15(100)	12(80)	137(100)	112(81,8)

FONTE: O autor (2020).

NOTA: <sup>a</sup>IS: ideação suicida durante a vida. <sup>b</sup>Além de parentes, parceiros e amigos íntimos.

Na Tabela 5, quanto aos aspectos sociais, especificamente sobre questões legais, dos 137 participantes, 84 (61,3%) responderam já terem sido presos em algum momento da vida, e os principais motivos da prisão foram: roubo em 28 (26,9%) e crime violento em 21 (20,2%). Indica-se maior frequência de ideação suicida entre aqueles com histórico de detenção e/ou prisão em 73 (86,9%).



TABELA 5 – ASPECTOS LEGAIS DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, POR SEXO, DE ACORDO COM A PRESENÇA DE IDEAÇÃO SUICIDA. CURITIBA, 2018.

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N (%)	IS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	IS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	IS <sup>a</sup> N (%)
<b>Histórico de detenção e/ou prisão</b>						
Não	43(35,2)	32(74,4)	10(66,7)	7(70)	53(38,7)	39(73,6)
Sim	79(64,8)	68(86,1)	5(33,3)	5(100)	84(61,3)	73(86,9)
<b>Total</b>	<b>122(100)</b>	<b>100(82)</b>	<b>15(100)</b>	<b>12(80)</b>	<b>137(100)</b>	<b>112(81,7)</b>
<b>Prisão antes dos 18 anos</b>						
Não	106(86,9)	87(82,1)	14(93,3)	11(78,6)	120(87,6)	98(81,7)
Sim	16(13,1)	13(81,2)	1(6,7)	1(100)	17(12,4)	14(82,3)
<b>Total</b>	<b>122(100)</b>	<b>100(82)</b>	<b>15(100)</b>	<b>12(80)</b>	<b>137(100)</b>	<b>112(81,7)</b>
<b>Tipo de crime (desde os 18 anos)<sup>b</sup></b>						
Crime violento	20(20,2)	17(85)	1(20)	1(100)	21(20,2)	18(85,7)
Dirigir sob efeito de álcool ou drogas	6(6)	6(100)	-	-	6(5,8)	6(100)
Porte de armas, prostituição ou jogo	7(7,1)	7(100)	-	-	7(6,7)	7(100)
Porte de drogas	15(15,1)	13(86,7)	3(60)	3(100)	18(17,3)	16(88,9)
Roubo	28(28,3)	23(82,1)	-	-	28(26,9)	23(82,1)
Venda ou produção de drogas	6(6,1)	6(100)	1(20)	1(100)	7(6,7)	7(100)
Outros tipos de crime <sup>c</sup>	17(17,2)	15(88,2)	-	-	17(16,4)	15(88,2)
<b>Total</b>	<b>99(100)</b>	<b>87(87,9)</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>104(100)</b>	<b>92(88,5)</b>

FONTE: O autor (2020).

NOTA: <sup>a</sup>IS: ideação suicida durante a vida. <sup>b</sup>O participante pode ter cometido mais de um crime (N=104).

<sup>c</sup>Violação de condicional, conduta desordeira, invasão e violação de ordem restritiva.

#### 4.3 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS

A Tabela 6 apresenta a descrição da condição física dos participantes do estudo, destacando que, do total da amostra, 75 (54,7%) participantes referiram ter diagnóstico de alguma condição crônica de saúde. Evidencia-se predomínio de ideação suicida entre aqueles indivíduos com alguma condição crônica de saúde em 63 (84%), com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em 29 (87,9%) e com histórico de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e/ou outras condições neurológicas em 20 (95,2%).

TABELA 6 – SAÚDE FÍSICA DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, POR SEXO, DE ACORDO COM A PRESENÇA DE IDEAÇÃO SUICIDA. CURITIBA, 2018.

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N (%)	IS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	IS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	IS <sup>a</sup> N (%)
<b>Condição crônica de saúde física</b>						
Não	59(48,4)	46(78)	3(20)	3(100)	62(45,3)	49(79)
Sim	63(51,6)	54(85,7)	12(80)	9(75)	75(54,7)	63(84)
<b>Total</b>	<b>122(100)</b>	<b>100(82)</b>	<b>15(100)</b>	<b>12(80)</b>	<b>137(100)</b>	<b>112(81,8)</b>
<b>HAS ou condição cardíaca</b>						
Não	93(76,2)	73(78,5)	11(73,3)	10(90,9)	104(75,9)	83(79,8)
Sim	29(23,8)	27(93,1)	4(26,7)	2(50)	33(24,1)	29(87,9)
<b>Total</b>	<b>122(100)</b>	<b>100(82)</b>	<b>15(100)</b>	<b>12(80)</b>	<b>137(100)</b>	<b>112(81,8)</b>
<b>AVC ou condições neurológicas</b>						
Não	102(83,6)	81(79,4)	14(93,3)	11(78,6)	116(84,7)	92(79,3)
Sim	20(16,4)	19(95)	1(6,7)	1(100)	21(15,3)	20(95,2)
<b>Total</b>	<b>122(100)</b>	<b>100(82)</b>	<b>15(100)</b>	<b>12(80)</b>	<b>137(100)</b>	<b>112(81,8)</b>
<b>Condição respiratória crônica</b>						
Sim	11(9)	10(90,9)	1(6,7)	1(100)	12(8,8)	11(91,7)
Não	111(91)	90(81,1)	14(93,3)	11(78,6)	125(91,2)	101(80,8)
<b>Total</b>	<b>122(100)</b>	<b>100(82)</b>	<b>15(100)</b>	<b>12(80)</b>	<b>137(100)</b>	<b>112(81,8)</b>
<b>Tuberculose</b>						
Não	116(95,1)	94(81)	15(100)	12(80)	131(95,6)	106(80,9)
Sim	6(4,9)	6(100)	-	-	6(4,4)	6(100)
<b>Total</b>	<b>122(100)</b>	<b>100(82)</b>	<b>15(100)</b>	<b>12(80)</b>	<b>137(100)</b>	<b>112(81,8)</b>
<b>Diabetes</b>						
Não	119(97,6)	98(82,3)	14(93,3)	11(78,6)	133(97,1)	109(81,9)
Sim	3(2,4)	2(66,7)	1(6,7)	1(100)	4(2,9)	3(75)
<b>Total</b>	<b>122(100)</b>	<b>100(82)</b>	<b>15(100)</b>	<b>12(80)</b>	<b>137(100)</b>	<b>112(81,8)</b>
<b>HIV/AIDS</b>						
Não	118(96,7)	96(81,3)	15(100)	12(80)	133(97,1)	108(81,2)
Sim	4(3,3)	4(100)	-	-	4(2,9)	4(100)
<b>Total</b>	<b>122(100)</b>	<b>100(82)</b>	<b>15(100)</b>	<b>12(80)</b>	<b>137(100)</b>	<b>112(81,8)</b>
<b>Condição hepática<sup>b</sup></b>						
Não	105(86,1)	86(81,9)	13(86,7)	10(76,9)	118(86,1)	96(81,3)
Sim	17(13,9)	14(82,3)	2(13,3)	2(100)	19(13,9)	16(84,2)
<b>Total</b>	<b>122(100)</b>	<b>100(82)</b>	<b>15(100)</b>	<b>12(80)</b>	<b>137(100)</b>	<b>112(81,8)</b>
<b>Condição renal crônica</b>						
Não	116(95,1)	94(81)	13(86,7)	10(76,9)	129(94,2)	104(80,6)
Sim	6(4,9)	6(100)	2(13,3)	2(100)	8(5,8)	8(100)
<b>Total</b>	<b>122(100)</b>	<b>100(82)</b>	<b>15(100)</b>	<b>12(80)</b>	<b>137(100)</b>	<b>112(81,8)</b>
<b>Outras condições crônicas<sup>c</sup></b>						
Não	104(85,2)	86(82,7)	12(80)	10(83,3)	116(84,7)	96(82,7)
Sim	18(14,8)	14(77,8)	3(20)	2(66,7)	21(15,3)	16(76,2)
<b>Total</b>	<b>122(100)</b>	<b>100(82)</b>	<b>15(100)</b>	<b>12(80)</b>	<b>137(100)</b>	<b>112(81,8)</b>

FONTE: O autor (2020).

NOTA: <sup>a</sup>IS: ideação suicida durante a vida. <sup>b</sup>Cirrose, hepatite ou outra doença hepática crônica. <sup>c</sup>Outros: artrite, dor lombar crônica, problemas digestivos e hipotireoidismo.

Sobre a percepção das condições de saúde física, ressalta-se frequência de ideação suicida em 57 (85,1%) participantes que consideraram sua condição atual de saúde física como razoável ou ruim, assim como em 18 (90%), que referiram preocupação leve ou moderada com sua saúde física (TABELA 7).

TABELA 7 – PERCEPÇÃO DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS SOBRE A SAÚDE FÍSICA, POR SEXO, DE ACORDO COM A PRESENÇA DE IDEAÇÃO SUICIDA. CURITIBA, 2018.

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N (%)	IS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	IS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	IS <sup>a</sup> N (%)
<b>Condição atual de saúde física nos últimos 30 dias</b>						
Excelente	16(13,1)	14(87,5)	1(6,6)	1(100)	17(12,4)	15(88,2)
Muito boa ou boa	46(37,7)	35(76,1)	7(46,7)	5(71,4)	53(38,7)	40(75,5)
Razoável ou ruim	60(49,2)	51(85)	7(46,7)	6(85,7)	67(48,9)	57(85,1)
<b>Total</b>	<b>122(100)</b>	<b>100(82)</b>	<b>15(100)</b>	<b>12(80)</b>	<b>137(100)</b>	<b>112(81,8)</b>
<b>Preocupação com a saúde física nos últimos 30 dias</b>						
Nenhuma	57(46,7)	44(77,2)	7(46,7)	5(71,4)	64(46,7)	49(76,6)
Leve ou moderada	20(16,4)	18(90)	-	-	20(14,6)	18(90)
Considerável ou extrema	45(36,9)	38(84,4)	8(53,3)	7(87,5)	53(38,7)	45(84,9)
<b>Total</b>	<b>122(100)</b>	<b>100(82)</b>	<b>15(100)</b>	<b>12(80)</b>	<b>137(100)</b>	<b>112(81,8)</b>
<b>Importância do tratamento clínico/físico</b>						
Nenhuma	62(50,8)	51(82,2)	8(53,3)	6(75)	70(51,1)	57(81,4)
Leve ou moderada	9(7,4)	8(88,9)	-	-	9(6,6)	8(88,9)
Considerável ou extrema	51(41,8)	41(80,4)	7(46,7)	6(85,7)	58(42,3)	47(81)
<b>Total</b>	<b>122(100)</b>	<b>100(82)</b>	<b>15(100)</b>	<b>12(80)</b>	<b>137(100)</b>	<b>112(81,8)</b>

Fonte: O autor (2020).

NOTA: <sup>a</sup>IS: ideação suicida durante a vida.

No que se refere aos aspectos clínicos da saúde mental, excetuando aspectos dos transtornos relacionados a substâncias, a Tabela 8 mostra que, dos 137 participantes, 26 (19%) promoveram comportamentos preparatórios para o suicídio alguma vez na vida, 71 (51,8%) referiram pelo menos uma tentativa suicídio durante a vida, 95 (69,3%) apresentaram dificuldade para dormir no último mês e 111 (81 %), humor deprimido alguma vez na vida (TABELA 8).

Descritivamente, a Tabela 8 mostra que houve predomínio de ideação suicida entre aqueles com histórico de internamento em hospital integral em 27 (96,4%) participantes, entre os que receberam prescrição médica para sintomas mentais em 40 (90,9%), que promoveram comportamentos preparatórios em 26 (100%), com histórico de tentativa de suicídio em 68 (95,8%) e com episódios de humor deprimido durante a vida em 93 (83,8%).

TABELA 8 – ASPECTOS DA SAÚDE MENTAL DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, POR SEXO, DE ACORDO COM A PRESENÇA DE IDEIAÇÃO SUICIDA. CURITIBA, 2018.

(continua)

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N (%)	IS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	IS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	IS <sup>a</sup> N (%)
<b>Número de atendimentos em saúde mental durante a vida</b>						
Nenhuma	82(67,2)	65(79,3)	6(40)	5(83,3)	88(64,2)	70(79,5)
Um a cinco atendimentos	16(13,1)	14(87,5)	3(20)	1(33,3)	19(13,9)	15(78,9)
Seis a 25 atendimentos	10(8,2)	8(80)	-	-	10(7,3)	8(80)
26 a 50 atendimentos	2(1,7)	2(100)	2(13,3)	2(100)	4(2,9)	4(100)
Mais de 50 atendimentos	12(9,8)	11(91,7)	4(26,7)	4(100)	16(11,7)	15(93,7)
<b>Total</b>	122(100)	100(82)	15(100)	12(80)	137(100)	112(81,8)
<b>Internamento em hospital integral</b>						
Não	100(82)	79(79)	9(60)	6(66,7)	109(79,6)	85(78)
Sim	22(18)	21(95,4)	6(40)	6(100)	28(20,4)	27(96,4)
<b>Total</b>	122(100)	100(82)	15(100)	12(80)	137(100)	112(81,8)
<b>Prescrição de medicamentos para transtornos mentais na vida</b>						
Não	85(69,7)	67(78,8)	8(53,3)	5(62,5)	93(67,9)	72(77,4)
Sim	37(30,3)	33(89,2)	7(46,7)	7(100)	44(32,1)	40(90,9)
<b>Total</b>	122(100)	100(82)	15(100)	12(80)	137(100)	112(81,8)
<b>Atos preparatórios para suicídio durante a vida</b>						
Não	99(81,2)	77(77,8)	11(73,3)	8(72,7)	110(80,3)	85(77,3)
Sim	22(18)	22(100)	4(26,7)	4(100)	26(19)	26(100)
Não informado	1(0,8)	1(100)	-	-	1(0,7)	1(100)
<b>Total</b>	122(100)	100(82)	15(100)	12(80)	137(100)	112(81,8)
<b>Histórico de tentativa de suicídio durante a vida</b>						
Não	62(50,8)	42(67,7)	4(26,7)	2(50)	66(48,2)	44(66,7)
Sim	60(49,2)	58(96,7)	11(73,3)	10(90,9)	71(51,8)	68(95,8)
<b>Total</b>	122(100)	100(82)	15(100)	12(80)	137(100)	112(81,8)
<b>Dificuldade para dormir nos últimos 30 dias</b>						
Não	35(28,7)	26(74,3)	7(46,7)	5(71,4)	42(30,7)	31(73,8)
Sim	87(71,3)	74(85)	8(53,3)	7(87,5)	95(69,3)	81(85,3)
<b>Total</b>	122(100)	100(82)	15(100)	12(80)	137(100)	112(81,8)
<b>Humor deprimido durante a vida</b>						
Não	24(19,7)	17(70,8)	1(6,7)	1(100)	25(18,3)	18(72)
Sim	97(79,5)	82(84,5)	14(93,3)	11(78,6)	111(81)	93(83,8)
Não informado	1(0,8)	1(100)	-	-	1(0,7)	1(100)
<b>Total</b>	122(100)	100(82)	15(100)	12(80)	137(100)	112(81,8)
<b>Ansiedade, nervosismo ou preocupação durante a vida</b>						
Não	23(18,9)	20(86,9)	2(13,3)	2(100)	25(18,2)	22(88)
Sim	99(81,1)	80(80,8)	13(86,7)	10(76,9)	112(81,8)	90(80,3)
<b>Total</b>	122(100)	100(82)	15(100)	12(80)	137(100)	112(81,8)
<b>Alucinações durante a vida</b>						
Não	42(34,4)	34(80,9)	4(26,7)	4(100)	46(33,6)	38(82,6)
Sim	80(65,6)	66(82,5)	11(73,3)	8(72,7)	91(66,4)	74(81,3)
<b>Total</b>	122(100)	100(82)	15(100)	12(80)	137(100)	112(81,8)

TABELA 8 – ASPECTOS DA SAÚDE MENTAL DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, POR SEXO, DE ACORDO COM PRESENÇA DE IDEIAÇÃO SUICIDA. CURITIBA, 2018. (conclusão)

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N (%)	IS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	IS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	IS <sup>a</sup> N (%)
<b>Problemas de concentração, compreensão ou memória</b>						
Não	44(36,1)	41(93,2)	5(33,3)	4(80)	49(35,8)	45(91,8)
Sim	78(63,9)	59(75,6)	10(66,7)	8(80)	88(64,2)	67(76,1)
<b>Total</b>	<b>122(100)</b>	<b>100(82)</b>	<b>15(100)</b>	<b>12(80)</b>	<b>137(100)</b>	<b>112(81,8)</b>
<b>Problemas com agressividade ou impulsividade</b>						
Não	53(43,4)	44(83)	6(40)	4(66,7)	59(43,1)	48(81,3)
Sim	69(56,6)	56(81,1)	9(60)	8(88,9)	78(56,9)	64(82)
<b>Total</b>	<b>122(100)</b>	<b>100(82)</b>	<b>15(100)</b>	<b>12(80)</b>	<b>137(100)</b>	<b>112(81,8)</b>

FONTE: O autor (2020).

NOTA: <sup>a</sup>IS: ideação suicida durante a vida.

Ainda nos aspectos clínicos, quanto aos eventos traumáticos vivenciados pelas pessoas em tratamento, a Tabela 9 aponta que 88 (64,2%) participantes já sofreram agressão ou abuso físico de conhecido e, destes, 74 (84,1%) apresentaram histórico de ideação suicida.

TABELA 9 – EVENTOS TRAUMÁTICOS DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, POR SEXO, DE ACORDO COM A PRESENÇA DE IDEIAÇÃO SUICIDA. CURITIBA, 2018.

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N (%)	IS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	IS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	IS <sup>a</sup> N (%)
<b>Agressão ou abuso físico por conhecido</b>						
Sim	77(63,1)	65(84,4)	11(73,3)	9(81,8)	88(64,2)	74(84,1)
Não	45(36,9)	35(77,8)	4(26,7)	3(75)	49(35,8)	38(77,5)
<b>Total</b>	<b>122(100)</b>	<b>100(82)</b>	<b>15(100)</b>	<b>12(80)</b>	<b>137(100)</b>	<b>112(81,8)</b>
<b>Agredido ou abusado sexualmente<sup>b</sup></b>						
Sim	10(8,2)	10(100)	5(33,3)	5(100)	15(11)	15(100)
Não	111(91)	89(80,2)	10(66,7)	7(70)	121(88,3)	96(79,3)
Não informado	1(0,8)	1(100)	-	-	1(0,7)	1(100)
<b>Total</b>	<b>122(100)</b>	<b>100(82)</b>	<b>15(100)</b>	<b>12(80)</b>	<b>137(100)</b>	<b>112(81,8)</b>
<b>Vítima de crime violento</b>						
Sim	45(36,9)	37(82,2)	6(40)	6(100)	51(37,2)	43(84,3)
Não	77(63,1)	63(81,8)	9(60)	6(66,7)	86(62,8)	69(80,2)
<b>Total</b>	<b>122(100)</b>	<b>100(82)</b>	<b>15(100)</b>	<b>12(80)</b>	<b>137(100)</b>	<b>112(81,8)</b>
<b>Viu alguém ser morto ou espancado</b>						
Sim	78(63,9)	64(82,1)	8(53,3)	6(75)	86(62,8)	70(81,4)
Não	44(36,1)	36(81,8)	7(46,7)	6(85,7)	51(37,2)	41(80,4)
<b>Total</b>	<b>122(100)</b>	<b>100(82)</b>	<b>15(100)</b>	<b>12(80)</b>	<b>137(100)</b>	<b>112(81,8)</b>

FONTE: O autor (2020). NOTA: <sup>a</sup>IS: ideação suicida durante a vida. <sup>b</sup>Um participante do sexo masculino não respondeu à pergunta.

Ainda nas questões clínicas, sobre o uso específico de bebidas alcoólicas, a Tabela 10 mostra que, do total da amostra, 68 (49,6%) participantes fizeram uso regular de álcool, três ou mais dias da semana, por mais de dez anos, 99 (73,9%) sentiram o efeito do álcool antes dos 18 anos e 62 (45,2%) apresentaram frequência diária de consumo de álcool nos últimos seis meses.

A Tabela 10 mostra a frequência de ideação suicida entre aqueles que sentiram efeito do álcool antes dos 18 anos em 80 (80,9%) participantes e aqueles que apresentaram maior frequência de consumo no último mês, entre 15 e 30 dias, em 31 (86,1%). Houve predomínio de ideação entre 35 (87,5%) pessoas que consideraram nada importante o tratamento para o uso de álcool.

TABELA 10 – USO DE ÁLCOOL PELAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, POR SEXO, DE ACORDO COM A PRESENÇA DE IDEAÇÃO SUICIDA. CURITIBA, 2018. (continua)

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N (%)	IS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	IS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	IS <sup>a</sup> N (%)
<b>Anos de consumo regular de álcool</b>						
0 a 5 anos	47(38,5)	43(91,5)	10(66,7)	8(80)	57(41,6)	51(89,5)
6 a 10 anos	10(8,2)	5(50)	2(13,3)	2(100)	12(8,8)	7(58,3)
Acima de 10 anos	65(53,3)	52(80)	3(20)	2(66,7)	68(49,6)	54(79,4)
<b>Total</b>	122(100)	100(82)	15(100)	12(80)	137(100)	112(81,8)
<b>Idade que sentiu os efeitos do álcool pela primeira vez<sup>b</sup></b>						
Antes dos 18 anos	88(73,3)	71(80,7)	11(78,6)	9(81,8)	99(73,9)	80(80,9)
Depois dos 18 anos	32(26,7)	27(84,4)	3(21,4)	-	35(26,1)	27(77,1)
<b>Total</b>	120(100)	98 (81,7)	14(100)	9(64,3)	134(100)	107(79,8)
<b>Frequência de uso (seis meses)</b>						
Sem uso	30(24,6)	23(76,7)	6(40)	6(100)	36(26,3)	29(80,6)
1 – 3 vezes por mês	13(10,7)	12(92,3)	-	-	13(9,5)	12(92,3)
1 – 2 vezes por semana	11(9)	8(72,7)	3(20)	3(100)	14(10,2)	11(78,6)
3 – 6 vezes por semana	11(9)	9(81,8)	1(6,7)	1(100)	12(8,8)	10(83,3)
Diariamente	57(46,7)	48(84,2)	5(33,3)	2(40)	62(45,2)	50(80,6)
<b>Total</b>	122(100)	100(82)	15(100)	12(80)	137(100)	112(81,8)
<b>Frequência de uso(30 dias)</b>						
Nenhum	20(21,7)	17(85)	2(22,2)	1(50)	22(21,8)	18(81,8)
1 a 14 dias	41(44,6)	32(78)	2(22,2)	2(100)	43(42,6)	34(79,1)
15 a 30 dias	31(33,7)	28(90,3)	5(55,6)	3(60)	36(35,6)	31(86,1)
<b>Total</b>	92(100)	77(83,7)	9(100)	6(66,7)	101(100)	83(82,1)
<b>Dificuldades em controlar o uso (30 dias)</b>						
Não	30(41,7)	27(90)	1(14,3)	1(100)	31(39,2)	28(90,3)
Sim	42(58,3)	33(78,6)	6(85,7)	4(66,7)	48(60,8)	37(77,1)
<b>Total</b>	72(100)	60(83,3)	7(100)	5(71,4)	79(100)	65(82,3)

TABELA 10 – USO DE ÁLCOOL PELAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, POR SEXO, DE ACORDO COM A PRESENÇA DE IDEAÇÃO SUICIDA. CURITIBA, 2018. (conclusão)

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N (%)	IS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	IS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	IS <sup>a</sup> N (%)
<b>Problemas na vida causados pelo álcool (30 dias)<sup>c</sup></b>						
Não	25(40,3)	21(84)	3(30)	3(100)	28(38,9)	24(85,7)
Sim	37(59,7)	28(75,7)	7(70)	7(100)	44(61,1)	35(79,5)
<b>Total</b>	<b>62(100)</b>	<b>49(79)</b>	<b>10(100)</b>	<b>10(100)</b>	<b>72(100)</b>	<b>59(81,9)</b>
<b>Sintomas de abstinência alcoólica (30 dias)</b>						
Não	29(40,3)	26(89,6)	2(28,6)	2(100)	31(39,2)	28(90,3)
Sim	43(59,7)	34(79,1)	5(71,4)	3(60)	48(60,8)	37(77,1)
<b>Total</b>	<b>72(100)</b>	<b>60(83,3)</b>	<b>7(100)</b>	<b>5(71,4)</b>	<b>79(100)</b>	<b>65(82,3)</b>
<b>Fissuras (30 dias)</b>						
Não	59(48,4)	52(88,1)	8(53,3)	8(100)	67(48,9)	60(89,5)
Sim	62(50,8)	47(75,8)	7(46,7)	4(57,1)	69(50,4)	51(73,9)
Não se aplica	1(0,8)	1(100)	-	-	1(0,7)	1(100)
<b>Total</b>	<b>122(100)</b>	<b>100(82)</b>	<b>15(100)</b>	<b>12(80)</b>	<b>137(100)</b>	<b>112(81,8)</b>
<b>Importância do tratamento para o uso de álcool</b>						
Nada	34(27,9)	29(85,3)	6(40)	6(100)	40(29,2)	35(87,5)
Levemente	1(0,8)	-	-	-	1(0,7)	-
Moderadamente	6(4,9)	4(66,7)	1(6,7)	-	7(5,1)	4(57,1)
Consideravelmente	7(5,7)	7(100)	-	-	7(5,1)	7(100)
Extremamente	74(60,7)	60(81,1)	8(53,3)	6(75)	82(59,9)	66(80,5)
<b>Total</b>	<b>122(100)</b>	<b>100(82)</b>	<b>15(100)</b>	<b>12(80)</b>	<b>137(100)</b>	<b>112(81,8)</b>

FONTE: O autor (2020).

NOTA: <sup>a</sup>IS: ideação suicida durante a vida. <sup>b</sup>Não se aplica a dois participantes do sexo masculino e a um do sexo feminino. <sup>c</sup>Problema médico, psicológico, no emprego, escola, em casa ou com a lei.

No que concerne ao uso de substâncias ilícitas, da amostra total, ressalta-se o predomínio de 62 (45,3%) indivíduos que fizeram uso regular dessas substâncias, por três dias ou mais na semana, em um período maior de 10 anos, e que tiveram frequência de uso diária nos últimos seis meses em 60 (43,8), sendo que 54 (77,1%) referiram dificuldade de controlar o consumo (TABELA 11).

Evidencia-se a presença de ideação suicida na vida entre aqueles que consumiram substâncias ilícitas diariamente nos últimos seis meses em 52 (86,7%), que perceberam problemas na vida pelo uso de substâncias em 41 (93,2%) participantes e que nunca estiveram abstinentes por um período mínimo de um ano em 45 (90%) (TABELA 11).



TABELA 11 – USO DE SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS PELAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, POR SEXO, DE ACORDO COM A PRESENÇA DE IDEIAÇÃO SUICIDA. CURITIBA, 2018.

(continua)

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N (%)	IS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	IS N (%)	N (%)	IS N (%)
<b>Tempo de uso de substâncias ilícitas</b>						
0 a 5 anos	40(32,8)	28(70)	9(60)	6(66,7)	49(35,8)	34(69,4)
6 a 10 anos	17(13,9)	15(88,2)	4(26,7)	4(100)	21(15,3)	19(90,5)
Acima de dez anos	60(49,2)	52(86,7)	2(13,3)	2(100)	62(45,3)	54(87,1)
Não se aplica	5(4,1)	5(100)	-	-	5(3,6)	5(100)
<b>Total</b>	122(100)	100(82)	15(100)	12(80)	137(100)	112(81,8)
<b>Frequência de uso(seis meses)</b>						
Sem uso	43(35,2)	30(69,8)	5(33,3)	2(40)	48(35)	32(66,7)
1 – 3 vezes por mês	8(6,6)	8(100)	1(6,7)	1(100)	9(6,6)	9(100)
1 – 2 vezes na semana	7(5,7)	7(100)	2(13,3)	2(100)	9(6,6)	9(100)
3 – 6 vezes na semana	8(6,6)	7(87,5)	-	-	8(5,8)	7(87,5)
Diariamente	53(43,4)	45(84,9)	7(46,7)	7(100)	60(43,8)	52(86,7)
Não se aplica	3(2,5)	3(100)	-	-	3(2,2)	3(100)
<b>Total</b>	122(100)	100(82)	15(100)	12(80)	137(100)	112(81,8)
<b>Frequência de uso (30 dias)</b>						
Sem uso	14(18,4)	12(85,7)	2(20)	2(100)	16(18,6)	14(87,5)
1 a 14 dias	27(35,5)	25(92,6)	1(10)	1(100)	28(32,6)	26(92,9)
15 a 30 dias	35(46,1)	30(85,7)	7(70)	7(100)	42(48,8)	37(88,1)
<b>Total</b>	76(100)	67(88,2)	10(100)	10(100)	86(100)	77(89,5)
<b>Sintomas de abstinência por substâncias ilícitas (30 dias)</b>						
Não	18(29)	18(100)	2(25)	2(100)	20(28,6)	20 (100)
Sim	44(71)	37(84,1)	6(75)	6(100)	50(71,4)	43(86)
<b>Total</b>	62(100)	55(88,7)	8(100)	8(100)	70(100)	63(90)
<b>Problemas na vida pelo uso de substâncias ilícitas (30 dias)<sup>p</sup></b>						
Não	20(32,8)	16(80)	5(62,5)	5(100)	25(36,2)	21(84)
Sim	41(67,2)	38(92,7)	3(37,5)	3(100)	44(63,8)	41(93,2)
<b>Total</b>	61(100)	54(88,5)	8(100)	8(100)	69(100)	62(89,9)
<b>Fissuras por substâncias ilícitas (30 dias)</b>						
Não	34(39,1)	30(88,2)	3(30)	3(100)	37(38,1)	33(89,2)
Sim	53(60,9)	46(86,8)	7(70)	7(100)	60(61,9)	53(88,3)
<b>Total</b>	87(100)	76(87,3)	10(100)	10(100)	97(100)	86(88,7)
<b>Dificuldades em controlar o uso (30 dias)</b>						
Não	14(22,6)	14(100)	2(25)	2(100)	16(22,9)	16(100)
Sim	48(77,4)	41(85,4)	6(75)	6(100)	54(77,1)	47(87)
<b>Total</b>	62(100)	55(88,7)	8(100)	8(100)	70(100)	63(90)
<b>Importância do tratamento para o uso de SPA</b>						
Nada	10(11,5)	8(80)	1(10)	1(100)	11(11,3)	9(81,8)
Moderadamente	2(2,3)	2(100)	-	-	2(2,1)	2(100)
Consideravelmente	7(8)	7(100)	-	-	7(7,2)	7(100)
Extremamente	68(78,1)	59(86,8)	9(90)	9(100)	77(79,4)	68(88,3)
<b>Total</b>	87(100)	76(87,3)	10(100)	10(100)	97(100)	86(88,6)



TABELA 11 – USO DE SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS PELAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, POR SEXO, DE ACORDO COM A PRESENÇA DE IDEIAÇÃO SUICIDA. CURITIBA, 2018. (conclusão)

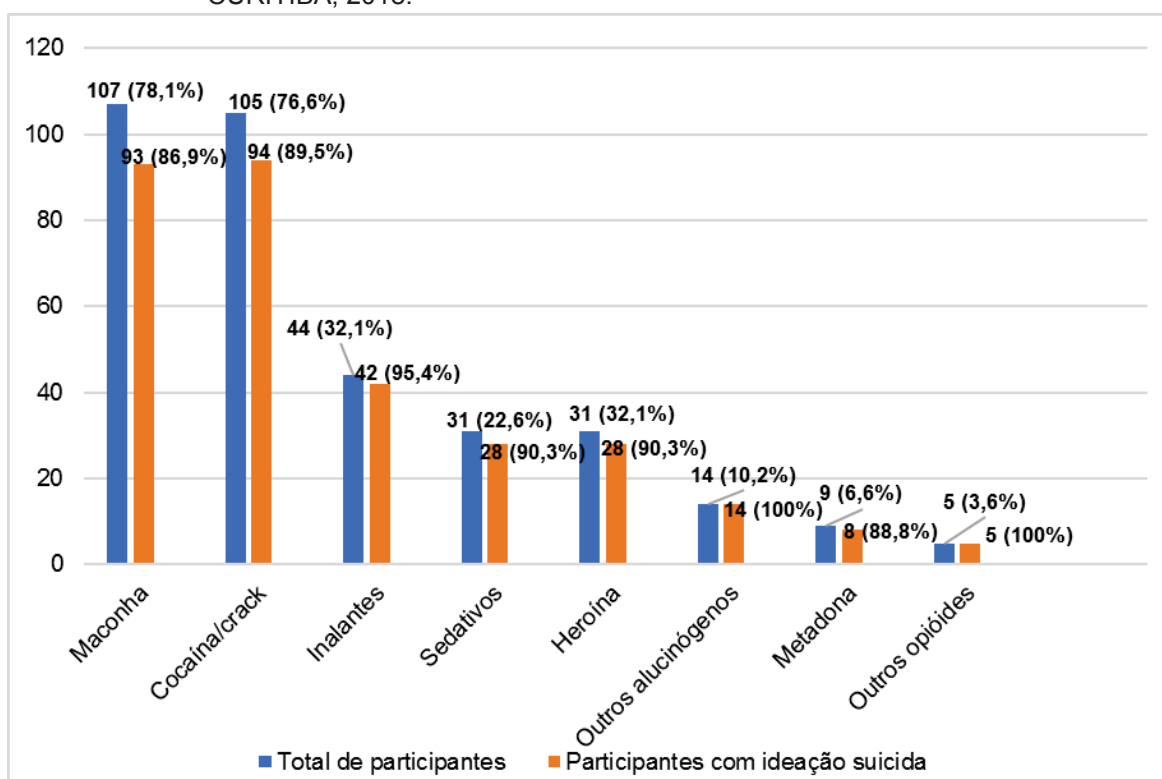
VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N (%)	IS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	IS N (%)	N (%)	IS N (%)
<b>Completa abstinência por pelo menos um ano</b>						
Não	42(48,3)	37(88,1)	8(80)	8(100)	50(51,5)	45(90)
Sim	45(51,7)	39(86,7)	2(20)	2(100)	47(48,5)	41(87,2)
<b>Total</b>	<b>87(100)</b>	<b>76(87,3)</b>	<b>10(100)</b>	<b>10(100)</b>	<b>97(100)</b>	<b>86(88,6)</b>

FONTE: O autor (2020).

NOTA: <sup>a</sup>IS: ideação suicida durante a vida. <sup>b</sup>Problema médico, psicológico, no emprego, escola, em casa ou com a lei.

O Gráfico 1 apresenta as substâncias ilícitas utilizadas, ao menos uma vez, pelos participantes e o histórico de ideação suicida, tendo ocorrido em todas as categorias de substâncias frequência elevada de indivíduos que tiveram histórico de pensamento de morte, com destaque para os inalantes em 42 (95,4%), para a cocaína e seus derivados em 94 (89,5%) e para a maconha em 93 (86,9%).

GRÁFICO 1 – SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS UTILIZADAS POR PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS E PRESENÇA DE IDEIAÇÃO SUICIDA. CURITIBA, 2018.



Fonte: O autor (2020).

A Tabela 12 apresenta a idade de experimentação e anos de uso regular das três principais classes de substâncias utilizadas, de toda a amostra, a

experimentação de maconha e de inalantes foi predominante na idade igual ou inferior a 18, em 82 (76,6%) e 36 (80%), respectivamente.

Ao verificar a frequência de ideação suicida em relação às características do uso de substâncias ilícitas, ressalta-se o predomínio de pensamentos de morte entre aqueles que experimentaram maconha precocemente, com idade igual ou inferior a 14 anos em 41 (91,1%), que a utilizaram por um período entre 6 e 10 anos em 21 (95,4%) e que usaram derivados de cocaína acima de 10 anos durante a vida em 45 (91,8%).

TABELA 12 – IDADE DO PRIMEIRO USO E TEMPO DE USO REGULAR DAS SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS PELAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, POR SEXO, DE ACORDO COM A PRESENÇA DE IDEAÇÃO SUICIDA. CURITIBA, 2018.

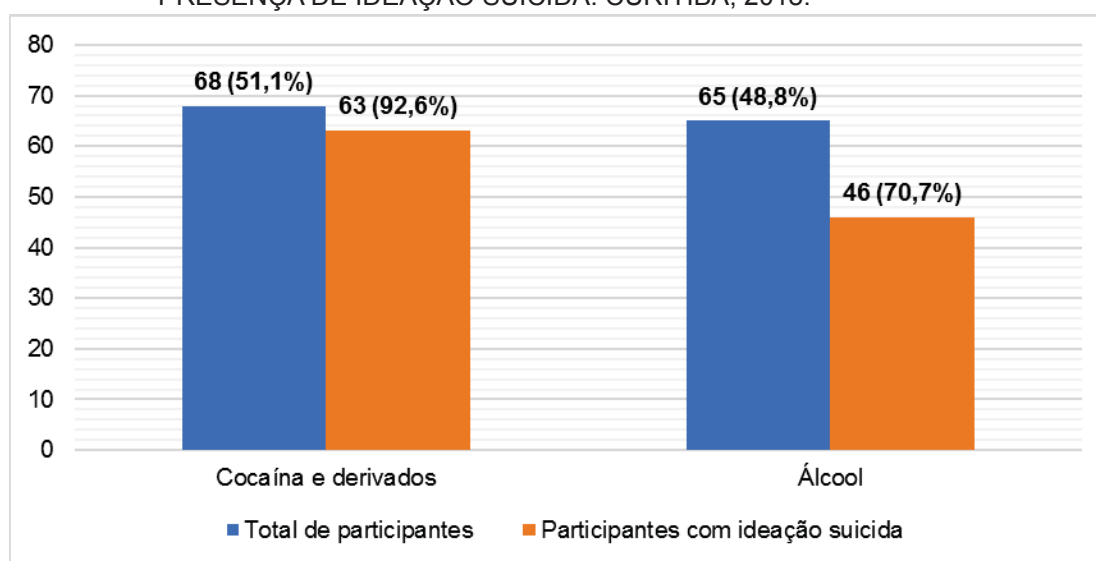
VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N (%)	IS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	IS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	IS <sup>a</sup> N (%)
<b>MACONHA</b>						
<b>Idade do primeiro uso</b>						
Abaixo ou igual a 14 anos	38(40,9)	35(92,1)	7(50)	6(85,7)	45(42)	41(91,1)
Dos 15 aos 18 anos	32(34,4)	29(90,6)	5(35,7)	4(80)	37(34,6)	33(89,2)
Acima dos 18 anos	23(24,7)	19(82,6)	2(14,3)	2(100)	25(23,4)	21(84)
<b>Total</b>	<b>93(100)</b>	<b>83(89,2)</b>	<b>14(100)</b>	<b>12(85,7)</b>	<b>107(100)</b>	<b>95(88,8)</b>
<b>Anos de uso regular</b>						
Até 5 anos	46(48,4)	41(89,1)	7(70)	7(100)	53(50,5)	48(90,6)
De 6 a 10 anos	20(21,1)	19(95)	2(20)	2(100)	22(20,9)	21(95,4)
Acima de 10 anos	29(30,5)	22(75,9)	1(10)	1(100)	30(28,6)	23(76,7)
<b>Total</b>	<b>95(100)</b>	<b>82(86,3)</b>	<b>10(100)</b>	<b>10(100)</b>	<b>105(100)</b>	<b>92(87,6)</b>
<b>COCAÍNA/CRACK</b>						
<b>Idade do primeiro uso</b>						
Abaixo ou igual a 14 anos	10(10,5)	9(90)	1(10)	1(100)	11(10,5)	10(90,9)
Dos 15 aos 18 anos	37(39)	31(83,8)	2(20)	2(100)	39(37,1)	33(84,6)
Acima dos 18 anos	48(50,5)	44(91,7)	7(70)	7(100)	55(52,4)	51(92,7)
<b>Total</b>	<b>95(100)</b>	<b>84(88,4)</b>	<b>10(100)</b>	<b>10(100)</b>	<b>105(100)</b>	<b>94(89,5)</b>
<b>Anos de uso regular</b>						
Até 5 anos	22(23,2)	19(86,4)	6(60)	6(60)	28(26,7)	25(89,3)
De 6 até 10 anos	25(26,3)	22(88)	3(30)	3(30)	28(26,7)	25(89,3)
Acima de 10 anos	48(50,5)	44(91,7)	1(10)	1(10)	49(46,6)	45(91,8)
<b>Total</b>	<b>95(100)</b>	<b>85(89,5)</b>	<b>10(100)</b>	<b>10(100)</b>	<b>105(100)</b>	<b>95(90,5)</b>
<b>INALANTES</b>						
<b>Idade do primeiro uso</b>						
Abaixo ou igual a 14 anos	19(45,2)	17(89,5)	1(33,3)	1(100)	20(44,4)	18(90)
Dos 15 aos 18 anos	15(35,7)	15(100)	1(33,3)	1(100)	16(35,6)	16(100)
Acima dos 18 anos	8(19,1)	8(100)	1(33,4)	1(100)	9(20)	9(100)
<b>Total</b>	<b>42(100)</b>	<b>40(95,2)</b>	<b>3(100)</b>	<b>3(100)</b>	<b>45(100)</b>	<b>43(95,5)</b>
<b>Anos de uso regular</b>						
Até 5 anos	35(85,4)	33(94,3)	3(100)	3(100)	38(86,4)	36(94,7)
De 6 a 10 anos	2(4,9)	2(100)	-	-	2(4,5)	2(100)
Acima de 10 anos	4(9,7)	4(100)	-	-	4(9,1)	4(100)
<b>Total</b>	<b>41(100)</b>	<b>39(95,1)</b>	<b>3(100)</b>	<b>3(100)</b>	<b>44(100)</b>	<b>42(95,4)</b>

FONTE: O autor (2020).

NOTA: <sup>a</sup>IS: ideação suicida durante a vida.

O Gráfico 2 apresenta as substâncias que ocasionaram maiores problemas na vida, segundo a percepção dos participantes. A cocaína e seus derivados foram apontados como as substâncias de consumo mais problemáticas por 68 (51,1%) participantes, na sequência, o álcool, por 65 (48,8%), destes, 63 (92,6%) e 46 (70,7%), respectivamente, apresentaram ideação durante a vida.

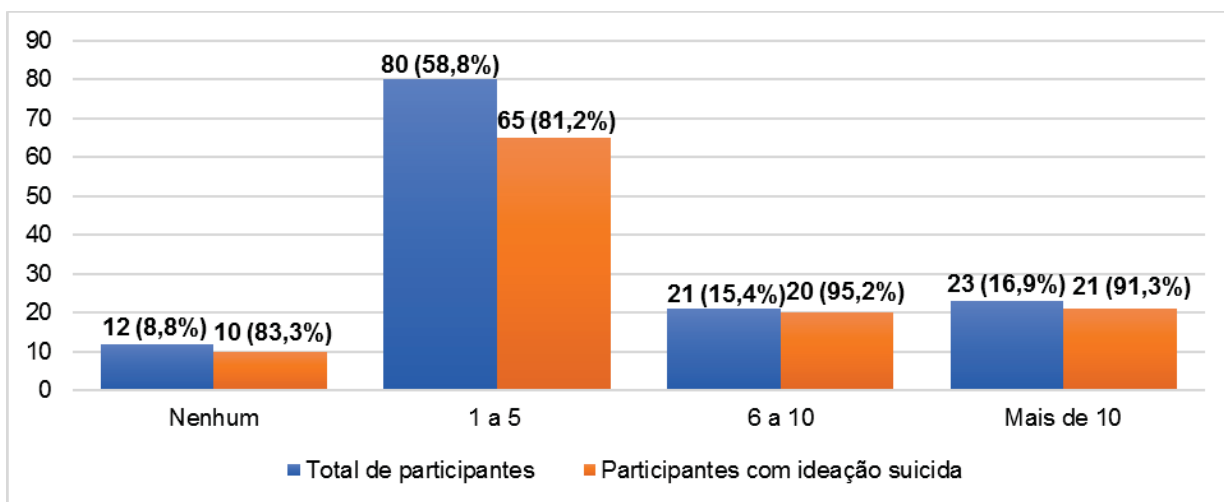
GRÁFICO 2 – SUBSTÂNCIAS QUE OCASIONARAM MAIS PROBLEMAS ÀS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS DE ACORDO COM A PRESENÇA DE IDEIAÇÃO SUICIDA. CURITIBA, 2018.



Fonte: O autor (2020). <sup>a</sup>Quatro participantes não responderam à questão.

O Gráfico 3 apresenta o número de vezes em que os participantes já estiveram em tratamento anteriormente para uso de álcool e outras substâncias durante a vida, excetuando o tratamento atual. Dos 136 participantes, 80 (58,8%) têm histórico de até cinco tratamentos e 23 (16,9%), mais de dez tratamentos. Houve predomínio de ideação suicida entre aqueles que realizaram entre seis e dez tratamentos ou mais de dez, correspondendo a 20 (95,2%) e 21 (91,3%) dos participantes, respectivamente.

GRÁFICO 3 – NÚMERO DE TRATAMENTOS REALIZADOS PARA USO DE SUBSTÂNCIAS DE ACORDO COM A PRESENÇA DE IDEIAÇÃO SUICIDA. CURITIBA, 2018.



Fonte: O autor (2020). <sup>a</sup>Um participante não respondeu à questão.

## 5 DISCUSSÃO

A ideação suicida durante a vida se apresenta como um sinal de sofrimento mental e forte preditor de comportamento suicida. Sua gravidade e intensidade podem se manifestar de diversas formas (POSNER et al., 2007; POSNER et al., 2014). Entre as pessoas com TRS, a ideação suicida sofre influência dos aspectos considerados biopsicossociais, levando em consideração o contexto e as características de um grupo (WHO, 2014).

Os resultados do estudo indicaram que 112 (81,2%) pessoas apresentaram pensamentos de morte durante a vida, que variaram desde episódios classificados como passivos até aqueles extremamente graves e intensos. Este dado foi considerado superior aos apresentados na literatura nacional e internacional (FRASER et al., 2015; GIPSON et al., 2015; CANTÃO; BOTTI, 2016; CAMPELO et al., 2017; HALLGREEN et al., 2017; LÓPEZ-GÖNI et al., 2019). Este resultado pode estar relacionado aos instrumentos utilizados no estudo, uma vez que possibilitaram perguntar sobre os pensamentos suicidas várias vezes e de diferentes formas.

Pesquisa conduzida na cidade de Santos, São Paulo, com 292 indivíduos usuários em uso ativo ou abstinentes do crack, apontou que 55,3% apresentaram pensamentos suicidas durante a vida (RODRIGUES et al., 2017). Estudo conduzido em seis capitais brasileiras, com 564 usuários de crack em tratamento nos CAPS AD, resultou que 56,4% dos participantes tinham história de ideação suicida durante a vida (HALPERN et al., 2017).

Dos 137 participantes deste estudo, 21,2% referiram pensamentos de morte nos 30 dias que antecederam a entrevista. Este resultado se mostra superior ao apresentado em um estudo realizado por Hallgren et al. (2017), com 868 usuários de substâncias em tratamento nos EUA, que resultou em 12,1% de ideação suicida entre os participantes nos últimos 30 dias. No entanto, os resultados coadunam com os de Souza et al. (2014), que identificaram 25% de usuários de crack com ideação suicida no mês que antecedeu a entrevista.

Estes resultados indicam que, mesmo em tratamento, os indivíduos com TRS podem experimentar sofrimento mental intenso, manifestados pela gravidade dos TRS e sua multidimensionalidade, afetando diversas áreas da vida, em especial as relações familiares e sociais, sendo necessário um suporte ativo e qualificado

pela equipe de saúde mental, em especial, do enfermeiro (RODRIGUES et al., 2017; KALED et al, 2020).

Entre os 112 participantes com pensamentos de morte, a presença de ideação com planejamento e intenção foi observada em 40,1%. Este tipo de ideação é representado por maior gravidade e por seu alto fator preditivo às tentativas de suicídio (NOCK et al., 2008; POSNER et al., 2011; MUNDT et al., 2013; CONWAY et al., 2016) e se mostrou superior aos resultados de pesquisas anteriores (CHOI;DINITTO; MARTI, 2015; GIPSON et al., 2015; CZYZ et al., 2018).

A literatura aponta que um terço dos indivíduos com ideação suicida fará planos de suicídio e esse mesmo quantitativo tentará contra a própria vida, sendo que 60% dos casos ocorrerão no primeiro ano do início dos pensamentos (BORGES et al., 2010).

Um estudo de base populacional conduzido pelo *National Survey on Drug Use and Health* (NSDUH), no período de 2008 a 2012, mostrou que, entre 804 pessoas que tiveram pensamentos de suicídio, 28% tinham planos suicidas (CHOI; DINITTO; MARTI, 2015). Estudos de Gipson (2015) e Czyz (2018) conduzidos em serviços de saúde mental mostraram frequência de 14% e 5,7%, respectivamente, de pensamentos de morte com planejamento e intencionalidade.

Apesar dos resultados expostos, é preciso considerar os demais tipos de ideação suicida vivenciados pelos participantes por representarem sofrimento e serem preditivos de comportamentos suicidas (POSNER et al., 2011; CHEEK et al., 2015). A literatura destaca que a ideação suicida, com pelo menos alguma intenção de morte, está associada ao aumento em oito vezes do desenvolvimento de comportamentos suicidas (CONWAY et al., 2016).

Com relação ao *score* da gravidade da ideação suicida, este estudo apresentou média de 3,78, elevada quando comparada a outros três estudos: o primeiro, com 473 participantes com transtornos mentais diversos, obteve um *score* de 1,78, com desvio padrão de  $\pm 1,9$  (HORWITZ; CZYZ; KING, 2015); o segundo, conduzido em Barcelona com 467 pacientes psiquiátricos, obteve *score* de 2,1, com desvio padrão de  $\pm 1,8$  (AL HALABÍ et al., 2016); e, por último, o estudo de Gipson et al. (2015), com 178 pacientes atendidos em serviços psiquiátricos emergenciais, com *score* de 1,72 e desvio padrão de  $\pm 1,90$ .

O estudo de Czyz et al. (2018), com 652 dias de duração e com 34 participantes com ideação ou tentativa de suicídio, apresentou *score* de 4,06, com

desvio padrão de  $\pm 0,92$ . De forma similar, os *scores* de Conway et al. (2016) foram de 4,13 com desvio padrão de  $\pm 1,74$ .

A divergência nos resultados da gravidade da ideação suicida pode estar relacionada ao tipo de estudo e ao público estudado, visto poderem avaliar a ideação suicida durante a vida (*long term*) e em períodos mais curtos (*short term*) (GLEN; NOCK, 2014; CONWAY et al., 2016). Além disso, devem ser ponderados os diferentes perfis e características encontradas entre estudos com usuários de SPA e indivíduos com outros transtornos mentais, considerando o tipo de SPA utilizada, local de tratamento, país de estudo e condição sociodemográfica, além da presença de comorbidades associadas (WANG et al., 2015; DANIELI et al., 2017; JANSSEN et al., 2017; LEE et al., 2017; BOTTI et al., 2018).

Em se tratando da intensidade da ideação suicida, neste estudo, ao todo, 35,8% dos participantes com de pensamentos suicidas durante a vida apresentaram frequência de pensamentos diários e muitas vezes ao dia. Estudos indicam que quanto mais frequentes são estes pensamentos, maior o risco de desenvolvimento de comportamentos suicidas, sendo considerado um forte preditor do suicídio (SIMON, 2013; WHO, 2014). No estudo de Czyz et al. (2018), pensamentos diários e muitas vezes ao dia foram relatados por 57,6% dos participantes.

Além da frequência, destaca-se que mais da metade dos participantes, quando apresentaram o pior episódio de ideação, apresentaram duração dos pensamentos suicidas de, aproximadamente, oito horas diárias ou de forma contínua. Esse dado se assemelha aos achados de Czyz et al. (2018) em 60,4% dos participantes.

Maiores níveis de frequência e duração dos pensamentos são considerados preditivos importantes ao desenvolvimento de comportamentos suicidas (CONWAY et al., 2016). Quanto mais presentes estiverem estes pensamentos, associados ao isolamento e à dificuldade em aproveitar o tempo livre, maiores serão os riscos do desenvolvimento de comportamentos suicidas, o que pode indicar também a dificuldade de o indivíduo controlar tais pensamentos (POSNER et al., 2007; CROSBY et al., 2011).

A família, a religião e o medo da dor da morte foram considerados importantes fatores que evitaram a concretização do suicídio. Evidências científicas indicam que práticas religiosas, senso de responsabilidade com o lar, presença de crianças em casa, emprego e acesso a serviços de saúde mental são considerados

fatores protetivos à ideação suicida (BOTEGA, 2015; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017; CASSORLA, 2018).

Por outro lado, ao serem questionados sobre as principais razões para ideação suicida, houve predomínio daqueles que consideravam como principal motivação acabar com o sofrimento vivenciado. Frente a intenso sofrimento, o indivíduo muitas vezes considera o suicídio a única solução para findar o sofrimento (BOTEGA, 2015).

Sabe-se que os pensamentos suicidas resultam de interações multifatoriais envolvendo personalidade, fatores cognitivos, aspectos sociais e eventos negativos durante a vida. Como exemplo dessas interações, podem ser citadas a desesperança, a ruminação, a supressão dos pensamentos, a sensação de ser um peso para a família, a morte de um ente querido e as doenças físicas, que constituem fortes aspectos relacionados à ideação suicida (CHOI; DINITTO; MARTI, 2015; O'CONNOR; NOCK, 2014).

A faixa de *score* mais alta de intensidade da ideação suicida, entre 18 e 25 pontos, foi predominante em 39,3% dos participantes. Ademais, a média da amostra foi de 14,7, com desvio padrão de  $\pm 4,89$ , coadunando com um estudo de Al Halabí et al. (2016) com pacientes de um ambulatório de saúde mental, que apontou *score* de intensidade de 14,1.

Pesquisa com 473 pacientes, com idades entre 15 e 24 anos, atendidos em um hospital de emergência psiquiátrica nos Estados Unidos da América, acompanhados durante 27 meses, evidenciou que os 7,2% pacientes que tentaram suicídio durante o período da pesquisa obtiveram *scores* mais altos de intensidade de ideação quando comparados aos indivíduos que não tentaram contra a própria vida, em especial quanto à frequência e ao controle dos pensamentos, assim como quanto às razões para cometer o suicídio (HORWITZ; CZYZ; KING, 2015). Estudo Dinamarquês realizado com adolescentes de alto risco de suicídio para validação preditiva do C-SSRS obteve *score* de 16,2 (CONWAY et al., 2016).

É importante considerar que a ideação suicida apresenta preditores independentes, devendo, dessa forma, ser consideradas também individualmente suas diversas manifestações da gravidade, intensidade ou tentativa prévia (HORWITZ; CZYZ; KING, 2015). Diante disso, observa-se necessidade de ações direcionadas à identificação precoce e ao manejo sistematizado da ideação suicida,



com objetivo avaliativo, no sentido de implementar ações estratégicas direcionadas e assertivas à população (WHO, 2014).

De acordo com os aspectos sociodemográficos, os resultados indicaram predomínio de ideação suicida entre adultos jovens, entre 18 e 29 anos. Segundo a WHO (2014), adolescentes e adultos jovens são um grupo de risco considerável à ideação e a comportamentos suicidas, como apresentados em pesquisas anteriores envolvendo essa faixa etária (GART; KELLY, 2015; BURKE et al., 2016).

Estudo realizado com 494 pessoas entre 12 e 30 anos admitidas em um serviço voltado à avaliação e ao atendimento precoce em saúde mental, na Austrália, mostrou que 15,6% dos participantes consideraram que a vida não vale ser vivida e 16,4% referiram pensamentos de morte ou ideação suicida (SCOTT et al., 2012).

Houve predomínio de ideação suicida entre os participantes que não tinham nenhum tipo de relacionamento conjugal. Estudos evidenciam elevada frequência de pessoas com TRS sem qualquer relacionamento conjugal (HORTA et al., 2011; SILVA et al., 2017; MARTINEZ-JÍMENEZ, 2015). De acordo com uma revisão integrativa, com o objetivo de identificar o perfil dos usuários do CAPS, a maioria das pessoas com TRS eram solteiras, a frequência variando entre 50,2% e 98,1% (TREVISAN; CASTRO, 2017).

Destaca-se que relacionamentos funcionam como uma rede de apoio a esta população, a ausência dessas relações se refletindo em habilidades sociais prejudicadas, promovidas pelos conflitos gerados em virtude do papel que a SPA tem na vida do indivíduo, favorecendo a solidão e o isolamento social, potencializando, desta forma, os pensamentos de morte (CANTÃO; BOTTI, 2016; PEREIRA et al., 2018).

A maioria dos participantes que estavam desempregados ou fora do mercado de trabalho e sem condições de sustento de si mesmo e de seus dependentes apresentaram histórico de ideação suicida. Sabe-se que o desemprego, associado ao abuso de SPA, pode ser considerado um fator potencializador dos pensamentos suicidas (RODRIGUES et al., 2012; MARTINEZ-JÍMENEZ, 2015).

Hallgren et al. (2017) avaliaram prospectivamente a incidência e os preditores de ideação suicida e tentativa de suicídio entre 868 pacientes usuários de substâncias ao longo de 12 meses, destes, 75,7% estavam sem emprego.

Estar empregado é considerado um fator protetivo aos pensamentos de suicídio, em especial para aqueles com presença de planos para suicídio (CHOI; DINITTO; MARTI, 2015). A ideação suicida pode ser intensificada pelo sentimento decorrente da incapacidade de prover a família, sendo considerado um fator agravante ao sofrimento mental do indivíduo (BOTEGA, 2015).

Pessoas com sofrimento mental intenso apresentam dificuldade em conseguir trabalhar ou se manter no emprego e em demais atividades relacionadas à socialização, acessando subempregos ou atividades informais (NIMTZ et al., 2016). É preciso acrescentar que a falta de capacitação, de certificação ou de outra forma de aprimoramento profissional, relacionada aos problemas e dificuldades encontrados no trabalho devido aos TRS, pode representar uma maior dificuldade de inserção e manutenção no mercado de trabalho e, conseqüentemente, relacionar-se a um elevado índice de ideação suicida neste público (BOTEGA, 2015).

Embora os dados não apresentem elevada frequência de ideação suicida entre aqueles com histórico de situação de rua, a literatura mostra que pessoas sem moradia frequentemente estão expostas a riscos. Lee et al. (2017) desenvolveram uma pesquisa com 156 indivíduos em situação de rua, predominantemente com diagnósticos de TRS, ansiedade e sintomas depressivos, e verificaram que 41% tinham histórico de ideação suicida durante a vida e 21,6% de tentativa de suicídio prévia.

Os dados supracitados pode estar relacionados diretamente à vulnerabilidade social e a dificuldades enfrentadas pela pessoa em situação de rua, visto esta situação apresentar maior exposição a riscos, como violência urbana, problemas legais, de saúde física e mental, abuso de substâncias e distanciamento das estratégias de suporte social e de saúde, aumentando o risco de ideação suicida (HALPERN et al., 2017).

Quanto às questões sociais, houve predomínio de ideação suicida entre aqueles indivíduos que mencionaram ausência de apoio familiar e de amigos. A literatura mostra a importância dos relacionamentos interpessoais e da presença da família no apoio ao indivíduo em uso de SPA e outros transtornos mentais associados (ROCHA et al., 2015; PEREIRA et al., 2016).

As relações sociais e familiares são consideradas pelos usuários extremamente importantes na sua recuperação e na melhora da condição de

sofrimento mental apresentada. A participação efetiva da família no tratamento e a retomada das relações afetivas se apresentam de maneira legítima no processo terapêutico do indivíduo, podendo promover uma relação de segurança e compreensão entre ambas as partes, contribuindo para uma melhor recuperação e reabilitação do usuário (RIBEIRO et al., 2016; MATOS et al., 2017).

Observa-se neste estudo que, entre os participantes que não praticaram nenhuma forma de atividade religiosa no mês anterior à entrevista, houve maior frequência de ideação suicida. Pesquisas anteriores apontaram que maiores níveis de envolvimento espiritual e religioso, independentemente da religião, podem ser considerados fatores protetivos à ideação suicida (LIZARDI; GEARING, 2010; OSAFO et al., 2013).

Destaca-se que o envolvimento religioso pode estar relacionado direta e positivamente à satisfação com a vida e bem-estar psicológico, assim como negativamente a sintomas depressivos, abuso de substâncias e ideação suicida (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2006; RASIC et al., 2011; SANTOS et al., 2016).

Além disso, evidencia-se que entre os 88 indivíduos que referiram dificuldade em aproveitar o tempo livre, 72 (81,8%) apresentaram histórico de ideação suicida. Estudo de Rodrigues et al. (2017), desenvolvido com 292 pessoas que utilizam ou utilizavam crack, mostrou que 155 (53,1%) permaneciam maior tempo livre sozinhos.

Sabe-se que o abandono e/ou a redução de atividades recreativas, profissionais e sociais são comuns em indivíduos com TRS (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017), tendo em vista que estratégias para a obtenção da SPA passam a ser seu maior objetivo, promovendo isolamento social e intenso sofrimento mental (RODRIGUES et al., 2017).

Quanto às questões legais, destaca-se maior frequência de ideação suicida entre aqueles que referiram terem sido presos e/ou detidos. Uma revisão de literatura sobre ideação suicida em jovens encarcerados ou em estágio de processo judicial apontou que a frequência de pensamentos de morte variou entre 19% e 32%. Esses dados podem ter relação com o ambiente prisional vivenciado por estas pessoas, desencadeando ou exacerbando quadros depressivos e traumáticos (STOKES et al., 2015).

Neste sentido, devem ser considerados o rompimento de vínculos, os problemas de relacionamento, o isolamento e a vulnerabilidade social que, junto dos TRS, são importantes aspectos relacionados à ideação suicida (UNODC, 2018).

Quanto aos eventos traumáticos, cabe destacar ser consenso na literatura que pessoas com histórico de transtornos mentais e de abuso sexual apresentam índices mais altos de ideação e comportamentos suicidas (MILLER et al., 2013; NOCK et al., 2013; WONG, 2013).

Quanto aos aspectos clínicos, houve predomínio de ideação suicida entre aqueles participantes que referiram ter recebido diagnóstico de condições crônicas de saúde. Pacientes neoplásicos terminais, presença de doenças autoimunes e incapacitantes, dor crônica, transtornos mentais e relacionados a substâncias são considerados vulneráveis às ideias suicidas (BOTEGA, 2015; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Um estudo americano entre 2.674 indivíduos que cometeram suicídio apontou que 62% apresentavam pelo menos alguma condição clínica no ano que antecedeu sua morte (AHMEDANI et al., 2017). A ideação suicida é um sintoma frequente em pessoas que apresentam problemas graves de saúde. O indivíduo pode apresentar dificuldade em lidar com estas condições e visualiza o suicídio, muitas vezes, como a única maneira de interromper o sofrimento (BOTEGA, 2015).

Destaca-se que houve predomínio de ideação suicida entre aqueles que consideraram a saúde ruim ou regular. Estudo de base nacional desenvolvido nos Estados Unidos da América, com 5.877 norte-americanos, mostrou aumento de ideação suicida entre aqueles que perceberam a saúde física como sendo ruim. Uma das possibilidades na literatura é que piores percepções de saúde podem favorecer o surgimento de dor e, conseqüentemente, de pensamentos de morte (GODWIN; MARUSIC, 2011).

Ademais, estudo com 300 pessoas em tratamento em dois CAPS III de Curitiba mostrou que aquelas que tinham a percepção da saúde ruim ou regular tiveram aumentada em, aproximadamente, oito vezes a probabilidade de tentativas de suicídio em relação àquelas pessoas que consideraram a saúde muito boa (BORBA et al., 2020).

Quanto ao histórico de internamento em hospital psiquiátrico, indivíduos com ideação suicida podem apresentar quadros mais graves de TRS, associados a comorbidades mentais, à falta de suporte familiar, ao pouco vínculo com serviços

comunitários e à falta orientação para o enfrentamento da doença, podendo gerar internações e reinternações psiquiátricas (SALLES; BARROS, 2007; CASTRO; FUREGATO; SANTOS, 2010).

Quanto aos sintomas de saúde mental, com base na literatura, as alterações de humor, percepção e comportamento são frequentes em pessoas com TRS, sendo diretamente associadas à ideação e comportamentos suicidas (POSNER et al., 2014; O'CONNOR; NOCK, 2014; RIBEIRO et al., 2016; TURECKI; BRENDT, 2016; RODRÍGUEZ-CINTAS et al., 2019).

Segundo pesquisa composta por 25 indivíduos com TRS e 25 sem TRS, 24% das pessoas com TRS que apresentaram ideação suicida tinham maiores traços e menor controle da raiva, além de elevada impulsividade em comparação com os indivíduos sem TRS (ALMEIDA; FLORES; SCHEFFER, 2013).

O humor deprimido, como uma característica essencial dos transtornos de humor, é considerado um importante fator relacionado à ideação e aos comportamentos suicidas, isso porque o indivíduo deprimido pode apresentar alterações dos níveis de atividades diárias, como qualidade do sono, apetite, atividade sexual e falta de energia. Além disso, são comuns os sentimentos de desesperança e culpa, assim como problemas para pensar e tomar decisões, afetando as relações interpessoais, sociais e ocupacionais (APA, 2014).

Além dos sintomas de saúde mental, estudo realizado com 3.001 mulheres dos Estados Unidos da América mostrou que aquelas que eram acometidas por TRS associado a outro diagnóstico de transtornos mental eram mais propensas a apresentar ideação suicida (GILMORE et al., 2017).

É consenso na literatura que os pensamentos de morte são os principais aspectos relacionados a comportamentos suicidas (WHO, 2014; BOTEAGA, 2015; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017; NOCK et al., 2018). Neste estudo, houve um quantitativo importante de pessoas com ideação suicida e histórico de comportamentos preparatórios ao suicídio, que podem incluir desde sua verbalização sobre a intenção, até ações como comprar uma arma, se desfazer de pertences, escrever cartas de despedida (POSNER et al., 2011).

Além disso, mais da metade dos participantes com ideação suicida durante a vida relatou histórico de tentativa de suicídio, como identificado em outros estudos (LÓPEZ-GOÑI et al., 2018; FERREIRA, 2020). Tal resultado reforça a afirmação de que a ideação suicida é um fator de risco substancial para o desenvolvimento de

comportamentos suicidas, principalmente em situações de maior duração dos pensamentos de morte (POSNER, 2011; POSNER, 2014; NOCK, 2018).

Nock et al. (2018) destacam que 91,1% das transições de ideação suicida para a tentativa ocorrem nos primeiros cinco anos do início dos pensamentos de morte, sendo 68,2% no primeiro ano.

Estudo desenvolvido com 137 pessoas com TRS em tratamento em CAPS AD III de Curitiba mostrou que, entre as pessoas com pensamentos de morte com planejamento e intencionalidade, houve, aproximadamente, três vezes mais chance de ter histórico de tentativa de suicídio em relação àquelas com desejo passivo de morrer (FERREIRA, 2020).

Considerando o uso de substâncias lícitas e ilícitas, houve predomínio de ideação suicida em aspectos relacionados ao consumo, principalmente de álcool, derivados de cocaína e maconha. Coadunando com pesquisa anterior (LÓPEZ-GONI et al., 2018), a ideação suicida se mostra frequente entre as pessoas que consomem cocaína e álcool, principalmente entre aquelas que fizeram consumo precocemente e apresentaram maior gravidade do TRS.

O consumo diário e de múltiplas substâncias, incluindo o álcool, se estabelece como um fator de risco significativamente maior para ideação e comportamentos suicidas do que o uso de uma SPA específica. Tal fato se relaciona a maiores problemas apresentados, presença frequente de fissuras e de inúmeras alterações clínicas, além da dificuldade de reduzir ou controlar o uso, desencadeando sensação de impotência e maior sofrimento frente ao fracasso em desempenhar papéis e atividades cotidianas (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Neste sentido, o sofrimento vivenciado pelas pessoas com TRS, diante dos relacionamentos conflituosos, associados à falta de apoio social, e o descrédito pessoal estão entre os principais potencializadores dos pensamentos suicidas. (CANTÃO; BOTTI, 2017). A existência de sofrimento intenso e a impossibilidade de ver outras saídas para os problemas existentes podem ser observadas nas pessoas com TRS, que encontram na ideação suicida a única solução e estratégia de enfrentamento (RAMOS; FALCÃO, 2011).

Em se tratando do uso de álcool, estudo com 2.560 indivíduos sem ideação suicida prévia, que foram acompanhados durante um ano, apontou que 39% dos indivíduos com problemas causados pelo uso problemático de álcool apresentaram ideação suicida neste período (WALSH; SHEENAN; LIU, 2018).

Compreende-se que o estado de intoxicação por álcool pode favorecer o surgimento de ideação e comportamentos suicidas. Ainda, estados de abstinência e recaída também podem ter relação com comportamentos suicidas entre pessoas com TRS (CANTÃO; BOTTI, 2017). No que concerne às recaídas, elas podem causar sentimento de culpa, vergonha, raiva e solidão por representarem negativamente o processo de tratamento, gerando desesperança e angústia com relação à recuperação (REZENDE; PELICIA, 2013).

Quanto à frequência elevada de pensamentos de morte entre aqueles que experimentaram álcool e maconha na adolescência, sabe-se que o contato precoce com as SPA pode potencializar os problemas apresentados pelo indivíduo em diversas áreas, a curto e longo prazo, incluindo a ideação suicida (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Além do uso precoce de maconha, houve predomínio de pensamentos de morte entre aqueles que utilizaram esta substância entre seis e dez anos durante a vida. De acordo com Choi, Dinitto e Marti (2016), estudo da base populacional sobre uso de drogas e saúde realizado com dados de 2008 a 2012, com pessoas acima de 50 anos, mostrou que aqueles que usaram maconha e outras drogas ilícitas apresentaram mais chances de apresentar ideação suicida.

Em relação à cocaína e seus derivados, entre as pessoas que estiveram em uso ativo por tempo superior a 10 anos e que a consideraram como a substância de uso mais problemático, houve maior frequência de ideação suicida. Pesquisas anteriores apontaram para um risco significativo de ideação e comportamentos suicidas entre pessoas com transtornos por uso de cocaína, o que se pôde observar nestes estudos foram histórias de traumas e abusos na infância, além de história familiar de comportamento suicida (HYMAN; PALIWAL; SINHA, 2007; ROY, 2009).

Estudo conduzido nos Estados Unidos da América, com base em registros de 777 pacientes, admitidos em um setor de dependência química de um serviço de emergência em saúde mental, mostrou que o uso de cocaína apresentou relação com ideação suicida, mais do que as outras substâncias (GARLOW; PURSELLE; D'ORIO, 2003).

Sabe-se que os transtornos relacionados à cocaína e derivados podem afetar a relação do indivíduo com questões referentes ao trabalho e família e causar dependência física e psicológica, além da tolerância. Muitas vezes quem abusa de cocaína requer doses cada vez mais elevadas dessa substância para obter os



mesmos efeitos anteriores. Em indivíduos com maior gravidade do uso, é comum o surgimento de humor deprimido, frustração e desesperança com sua condição de saúde, além de comportamento agressivo e irritabilidade (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo atingiu os objetivos propostos ao possibilitar a verificação da ideação suicida durante a vida em pessoas com transtornos relacionados a substâncias, em tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas III de Curitiba.

Foi observada elevada frequência de pessoas com TRS com ideação suicida durante a vida e com maior gravidade, intensidade, frequência e duração dos pensamentos, que visualizavam esses pensamentos como solução para interromper o sofrimento vivenciado, assim como perceberam a família, a religião e a dor da morte como fatores que impediram o desenvolvimento de comportamentos suicidas.

Foi possível identificar predomínio de ideação suicida nos aspectos sociodemográficos e econômicos entre aqueles participantes sem relacionamento conjugal, desempregados ou fora do mercado de trabalho, com renda insuficiente para as necessidades de vida.

Quanto aos aspectos clínicos, houve maior frequência de ideação suicida entre as pessoas com TRS e com diagnóstico de condições crônicas de saúde física, com percepção ruim ou regular de saúde, histórico de internamento em saúde mental, humor deprimido, com histórico de atos preparatórios para o suicídio e de tentativa de suicídio.

Sobre o uso de SPA, os pensamentos de morte na vida foram frequentes entre aqueles com maior frequência de álcool no mês que antecedeu a entrevista, com início precoce do uso de álcool e de maconha, com uso regular de cocaína e derivados em um período superior a 10 anos e, por fim, que consideraram a cocaína a substância de uso mais problemático em suas vidas.

Os resultados alcançados neste estudo apresentam limitações relacionadas à amostra por conveniência, em especial pelo perfil dos usuários dos CAPS AD que convivem diretamente com dificuldade de adesão e acesso ao tratamento, favorecendo sua não participação neste estudo. Este estudo não permite generalizações ou inferências em decorrência do delineamento transversal e da análise descritiva. Ainda, a utilização de instrumentos de autorrelato pode favorecer subestimação ou superestimação dos dados.

Destaca-se que os resultados podem gerar subsídios aos profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, com vistas à qualificação da prática

profissional e à implementação de estratégias de prevenção ao suicídio voltadas à realidade investigada, por meio de dados locais sobre as especificidades das pessoas com ideação suicida e em tratamento nos CAPS AD III.

Ademais, estes resultados, ao produzir evidências científicas dos aspectos da ideação de suicida e características das pessoas com transtornos relacionados a substâncias, podem se constituir em subsídios para a prática profissional em saúde mental, especialmente aos enfermeiros, na pesquisa, no ensino, no planejamento e no oferecimento de cuidados aos usuários e famílias, assim como a gestores dos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

AHMEDANI, B. K. et al. Major physical health conditions and risk of suicide. **Am J Prev Med.**, v. 53, n. 3, p. 308-315, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.04.001>>. Acesso em: 18 nov. 2020.

AL HALABÍ et al. Validación de la versión em español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio). **Rev de Psiquiatr y Salud Ment**, Barcelona, v. 9, n. 3, p. 134–142, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.02.002>>. Acesso em: 03 jun. 2020.

ALMEIDA, R. M. M; FLORES, A. C. S.; SCHEFFER, M. Ideação suicida, resolução de problemas, expressão de raiva e impulsividade em dependentes de substâncias psicoativas. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre , v. 26, n. 1, p. 1-9, 2013.

ANDRADE, S. F. O.; ALVES R. S. F.; BASSANI, M. H. P. A. Representações sociais sobre as drogas: Um estudo com adolescentes em conflito com a lei. **Psicol. cienc. prof.** [Internet], Brasília, v. 38, n. 3, p. 437-449, Set. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932018000300437&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932018000300437&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 18 out. 2019.

APA. American Psychiatric Association. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BASTOS, F. I. P. M. et al. **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528 p.

BECK, A.T. et al. Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, New York, v. 29, n. 1, p. 1–9, 1999.

BORBA, L. O. et al. Fatores associados à tentativa de suicídio por pessoas com transtorno mental. **Rev Min Enf.**, v. 24, e-1284, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200013>>. Acesso em: 04 dez. 2020.

BORGES, G. et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. **The Journal of Clinical Psychiatry**, Memphis, v. 71, n. 12, p. 1617-28, 2010.

BOTEGA, N. J. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BOTTI, N. C. L. et al. Características do comportamento suicida de homens e mulheres em tratamento psiquiátrico. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 23, n. 2, e54280, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/0.5380/ce.v23i1.54280>>. Acesso em: 04 jun. 2019.

BRASIL. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 de jun. 1986. Seção 1, fls. 9273-9.275. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html)>. Acesso em: 24 jan. 2020.

\_\_\_\_\_. CONGRESSO NACIONAL. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**. Brasília (DF): 2001.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 3.008, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 854 de 22 de agosto de 2012. A Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde almeja que os novos procedimentos estabelecidos pela referida portaria possibilitem a qualificação das informações sobre as ações desenvolvidas pelos CAPS. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas 24 horas e os respectivos incentivos financeiros. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012b.

\_\_\_\_\_. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde, 2012c.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA.** Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, v.48, n.30, 2017a. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epi-demiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-aten--ao-a-sa-de.pdf>> Acesso em: 26 out. 2018.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e no nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**. Brasília (DF): 2017b.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência Psicossocial tem papel fundamental na prevenção do suicídio.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2017/09/assistencia-psicossocial-tem-papel-fundamental-na-prevencao-do-suicidio>>. Acesso em: 25 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SAGE – Sala de Apoio à Gestão Estratégica. **Lista de CAPS habilitados em funcionamento no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/#>>. Acesso em: 04 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. CONGRESSO NACIONAL. Lei n. 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**. Brasília (DF): 2019.

BROWN, G. K. et al. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, v. 68, n. 3, p. 371–377, Jun. 2000. Disponível em: <<https://psycnet.apa.org/record/2000-15699-001>>. Acesso em: 06 mai 2019.

BURKE, T. A. et al. Cognitive Risk and Protective Factors for Suicidal Ideation: A Two Year Longitudinal Study in Adolescence. **J Abnorm Child Psychol**, v. 44, n. 6, p. 1145–1160, Ago. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4877302/> doi:10.1007/s10802-015-0104-x>. Acesso em: 14 out. 2020.

CACCIOLA, J. S., et al. Recent status scores for version 6 of the Addiction Severity Index (ASI-6). **Addiction**, Oxford, v. 106, n. 9, p. 1588-602, Set. 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3602995/>>. Acesso em: 04 jun. 2019.

CAMPELO, R. S. et al. Association between severity of illicit drug dependence and quality of life in a psychosocial care center in BRAZIL: cross sectional study. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 15, n. 1, p. 223, Nov. 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29149893/>>. Acesso em: 03 jul. 2020.

CANTÃO, L., BOTTI, N.C.L. Suicidal behavior among drug addicts. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 2, p. 366-73, Mar/Abr. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672016000200389&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000200389&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 21 jun. 2019.

CANTÃO, L., BOTTI, N.C.L. Representação social do suicídio para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas. **Avances em Enfermería**, Bogotá, v. 35, n. 2, p. 146-56, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v35n2.61014>>. Acesso em: 14 jan. 2021.

CAPISTRANO F. C. et al., Consequências do uso abusivo de substâncias psicoativas por pessoas em tratamento. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v.11, n. 1, p. 17-26, 2018.

CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. S. Estudo qualitativo sobre tentativas e ideações suicidas com 60 pessoas idosas brasileiras. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1655-1666, Jun. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232015000601655&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232015000601655&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 09 set. 2019.

CASSORLA, R.M.S. **Suicídio: fatores inconscientes e aspectos socioculturais: uma introdução**. São Paulo: Blucher, 2018.

CASTRO, S. A.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Características sociodemográficas e clínicas em reinternações psiquiátricas. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, p. 800-8, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000400020>>. Acesso em: 18 dez. 2020.

CDC. Centers for Disease Control Prevention. **Nonfatal Hospitalized Injuries, Both Sexes, All Ages**. United States, 2010. Disponível em: <https://wisqars.cdc.gov:8443/costT/>. Acesso em: 15 mai. 2019.

CHEEK, S. M. et al. Substance use and suicidality: specificity of substance use by injection to suicide attempts in a nationally representative sample of adults with major depression. **Depression and Anxiety**, v. 33, n.6, p. 541–548, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4958618/>>. Acesso em: 18 dez. 2019.

CHOI, N. G.; DINITTO, D. M.; MARTI, C. N. Middle-aged and older adults who had serious suicidal thoughts: who made suicide plans and nonfatal suicide attempts? **International Psychogeriatrics**, New York, v. 27, n. 3, p. 491–500, Mar. 2015a. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25412773>>. Acesso em: 08 ago. 2019.

CHOI, N. G. et al. Relationship between marijuana and other illicit drug use and depression/suicidal thoughts among late middle-aged and older adults. **International Psychogeriatrics**, Cambridge, v. 28, n. 4, p. 577-89, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1017/S1041610215001738>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 564, de 06 de novembro de 2017. Aprova o novo código de ética dos profissionais de enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, n.233, 06 de dez. 2017. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017\\_59145.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html). Acesso em: 24 jan. 2020.

CONWAY, P. M. et al. Predictive Validity of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale for Short-Term Suicidal Behavior: A Danish Study of Adolescents at a High Risk of Suicide. **Archives of Suicide Research**, London, v. 21, n. 3, p. 455–469, Ago. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27602917>>. Acesso em: 08 mai 2019.

CROCQ, M. A. Historical and cultural aspects of man's relationship with addictive drugs. **Dialogues in clinical neuroscience**, v. 9, n. 33, p. 355 – 361, Dez. 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3202501/>>. Acesso em: 07 jan. 2019.



CROSBY, A. et al. Suicidal thoughts and behaviors among adults aged  $\geq 18$  years. **Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries**, Atlanta, v. 60, n. 13, p. 1-22, Out. 2011. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6013a1.htm>>. Acesso em: 04 set. 2019.

CZYZ, E. et al. Ecological assessment of daily suicidal thoughts and attempts among suicidal teens after psychiatric hospitalization: Lessons about feasibility and acceptability. **Psychiatry Research**, Michigan, v. 267, 566–574, Set. 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30031317>>. Acesso em: 04 out. 2019.

DANIELI, R. V. et al. Perfil sociodemográfico e comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos acompanhados em comunidades terapêuticas. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 3, p. 139-149, Set. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852017000300139&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852017000300139&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 mar. 2020.

FERREIRA, A. C. Z., et al. Factors that interfere in patient compliance with chemical dependence treatment: health professional's perception. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 19, n. 2, p. 150-156, 2015.

FERREIRA, B. A. M. et al. O uso e abuso da cocaína: efeitos neurofisiológicos. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit.**, Alagoas, v. 4, n. 2, p. 359-370, 2017.

FERREIRA, A. C. Z. **Tentativa de suicídio por pessoas com transtornos relacionados a substâncias em tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas**. 182 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2020. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/1884/67513>>. Acesso em: 20 abr. 2020.

FRASER, S. L. et al. Changing Rates of Suicide Ideation and Attempts Among Inuit Youth: A Gender-Based Analysis of Risk and Protective Factors. **Suicide Life Threat Behav.**, v. 45, n. 2, p. 141–156, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25255825/>. Acesso em: 23 nov. 2020.

FROTA, G. A. S. et al. Experiência de usuários acerca do uso de drogas. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 31, n. 3, p. 1-11, Jul-Set. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/7868/pdf>>. Acesso em: 29 out. 2019.



GARLOW, S.J.; PURSELLE, D.; D'ORIO, B. Cocaine use disorders and suicidal ideation. **Drug and Alcohol Dependence**, Limerick, v. 70, n. 1, p. 101-4, 2003. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(02\)00337-X](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(02)00337-X)>. Acesso em: 20 dez. 2020.

GART, R.; KELLY, S. How Illegal Drug Use, Alcohol Use, Tobacco Use, and Depressive Symptoms Affect Adolescent Suicidal Ideation: A Secondary Analysis of the 2011 Youth Risk Behavior Survey, **Issues in Mental Health Nursing**, v. 36, n. 8, p. 614-620, Set. 2015. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/01612840.2015.1015697>>. Acesso em: 06 nov. 2020.

GILMORE, A. K. et al. Suicidal Ideation, Posttraumatic Stress, and Substance Abuse Based on Forcible and Drug- or Alcohol-Facilitated/Incapacitated Rape Histories in a National Sample of Women. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 48, n. 2, p. 183–192, Mar. 2017. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/sltb.12337>>. Acesso em: 01 out. 2020.

GIPSON, P. Y. et al. Columbia-Suicide Severity Rating Scale: predictive validity with adolescent psychiatric emergency patients. **Pediatric Emergency Care**, v. 31, n. 2, p. 88-94, Fev. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5037572/>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

GLEN, C. R.; NOCK, M. K. Improving the short-term prediction of suicidal behavior. **Am J Prev Med.**, v. 47, n. 3, p. 176-80, Set. 2014. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25145736/>>. Acesso em: 14 out. 2020.

GOODWIN, R. D. ; MARUSIC, A. Perception of health, suicidal ideation, and suicide attempt among adults in the community. **Crisis**, Toronto, v. 32, n. 6, p. 346-351, p. 346-51. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000104>>. Acesso em: 05 jan. 2020.

HALLGREN, K. A. et al. Prediction of Suicide Ideation and Attempt Among Substance-Using Patients in Primary Care. **Journal of the American Board of Family Medicine**, Lexington, v. 30, n. 2, p. 150–160, 2017.

HALPERN S.C, et al. Clinical and social vulnerabilities in crack users according to housing status: a multicenter study in six Brazilian state capitals. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 6, Jan. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n6/1678-4464-csp-33-06-e00037517.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2019.

HYMAN, S.M.; PALIWAL, P.; SINHA, R. Childhood maltreatment, perceived stress, and stress-related coping in recently abstinent cocaine dependent adults. **Psychology of Addictive Behaviors**, Washington, v.21, n. 2, p. 233-238, 2007. Disponível em: <<https://doi.apa.org/doi/10.1037/0893-164X.21.2.233>>. Acesso em: 05 dez. 2020.

HORTA, R. L. et al. Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2263-2270, Nov. 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001100019>>. Acesso em: 15 ago. 2020.

HORWITZ, A. G.; CZYZ, E. K.; KING, C. A. Predicting future suicide attempts among adolescent and emerging adult psychiatric emergency patients. **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology**, London, v. 44, n. 5, p. 751-61, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4247360/>>. Acesso em: 14 out. 2019.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

JANSSEN, E. et al. Suicide, santé mentale et usages de substances psychoactives chez les adolescents français en 2014. **Rev Epidemiol de Santé Publique**, v. 65, n. 6, p. 409-417, Nov. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2017.06.004>>. Acesso em: 14 out. 2020.

JOINER, T. E., RUDD, M. D., RAIAB, M. H. The modified scale for suicidal ideation: Factors of suicidality and their relation to clinical and diagnostic variables. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 106, n. 2, p. 260-265, 1997. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1037/0021-843x.106.2.260>>. Acesso em: 03 jul. 2018.

KALED, M. et al. Multidimensionalidade da gravidade dos transtornos relacionados a substâncias psicoativas pelo *Addiction Severity Index-6*. **Cogitare enferm. [Internet]**, v. 25, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.70636>>. Acesso em: 03 dez. 2020.

KESSLER, F. H. P. **Desenvolvimento e validação da sexta versão da Addiction Severity Index (ASI6) para o Brasil e outras análises em uma amostra multicêntrica de usuários de drogas**. 320f. Tese (Doutorado em Psiquiatria) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

KESSLER, F. et al. Psychometric properties of the sixth version of the Addiction Severity Index (ASI-6) in Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 24–33, Mar. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-4462012000100006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-4462012000100006)>. Acesso em: 09 mai. 2019.

KLONSKY, E. D., MAY, A. M. Differentiating suicide attempters from suicide ideators: a critical frontier for suicidology research. **Suicide Life-Threatening Behav.**, v. 44, p. 1–5. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/sltb.12068>>. Acesso em: 18 mai. 2018.

KLONSKY, E.D., MAY, A.M., SAFFER, B.Y. Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. **Annu. Rev. Clin. Psychol.**, v. 12, p. 307–330. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1146/annurevclinpsy-021815-093204>>. Acesso em: 29 mai. 2018.

KUO, W.-H. et al. Incidence of suicide ideation and attempts in adults: the 13-year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland. **Psychological Medicine**, v. 31, n 7, p. 1181–1191, Out. 2001. Disponível em: <<https://doi.org/10.1017/S0033291701004482>>. Acesso em: 13 jul. 2019.

LIMA JUNIOR, O. A. L. et al. Os impactos na capacidade atencional em trabalhadores usuários de drogas. **Rev Bras Med Trab**, Vitória, v. 14, n. 2, p. 84-88, 2016. Disponível em: <[https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/09/1796/rbmt-v14n2\\_84-88.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/09/1796/rbmt-v14n2_84-88.pdf)>. Acesso em: 03 mai. 2019.

LEE, K. H. et al. Mental Health, Substance Abuse, and Suicide Among Homeless Adults. **Journal of Evidence-Informed Social Work**, v. 14, n.4, p. 229-242, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/23761407.2017.1316221>>. Acesso em: 25 out. 2020.

LIZARDI, D.; GEARING, R. E. Religion and suicide: Buddhism, Native American and African religions, Atheism, and Agnosticism. **J Relig Health.**, v. 49, n. 3, p. 377-384, Set. 2010. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19347586/>>. Acesso em: 04 dez. 2020.

LÓPEZ-GOÑI, J. J. et al. Suicidal ideation and attempts in patients who seek treatment for substance use disorder. **Psychiatry Research**, Limerick, v. 269, p. 542-548, Nov. 2018a. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178118303913>>. Acesso em: 07 jul. 2019.

LÓPEZ-GOÑI, J. J. et al. Suicidal attempts among patients with substance use disorders who present with suicidal ideation. **Addict Behav.** v. 89, p. 5-9, Fev. 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30237111/>>. Acesso em: 28 out. 2020.

MARCONI, M. A., LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MARTINEZ-JÍMENEZ, Y. P. **Evaluación y diagnóstico multidimensional según el Índice de Severidad de la Adicción, versión 6.0 (ASI-6) em español, de las personas que ingresan a un centro de atención em adicciones en la ciudad de Bogotá, Colombia (2014-2015)**. 97f. Especialização em Psiquiatria. Departamento de Psiquiatria, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D. C., 2015.

MATOS, R. K. S. et al. Projeto terapêutico singular no centro de atenção psicossocial (CAPS II). **Rev Intercâmbio**, v. 9, p. 111-130, 2017. Disponível em: <<http://www.intercambio.unimontes.br/index.php/intercambio/article/view/163>>. Acesso em: 23 out. 2020.

MCLAUGHLIN, J. et al. Intimate partner abuse and suicidality: a systematic review. **Clin. Psychol. Rev.**, Starling, v. 32, p. 677-689, Set. 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.08.002>>. Acesso em: 12 ago. 2020.

MILLER, A. B. et al. The relation between child maltreatment and adolescent suicidal behavior: a systematic review and critical examination of the literature. **Clin Child Fam Psychol Rev.**, v. 16, n. 2, p. 146-172, Jun. 2013. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23568617/>>. Acesso em: 23 nov. 2020.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Revista brasileira de psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.29, n. 3, p. 242-50, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006005000006>>. Acesso em: 15 jan. 2021.

MUNDT, J.C. et al. Prediction of suicidal behavior in clinical research by lifetime suicidal ideation and behavior ascertained by the electronic Columbia-suicide severity rating scale. **J Clin Psychiatr**, v. 74, n. 9, p. 887–893, Set. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24107762>>. Acesso em: 29 abr. 2019.

NIMTZ, M. A. et al. Impactos legais e no trabalho na vida do dependente químico. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 68-74, Jun. 2016.

NOCK, M. K. et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. **The British journal of psychiatry: the journal of mental science**, London, v. 192, n.2, p. 98–105. 2008.

NOCK, M. K. et al. Prevalence, Correlates, and Treatment of Lifetime Suicidal Behavior Among Adolescents. **JAMA Psychiatry**, v. 70, n. 3, p. 300-310, Mar. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3886236/>>. Acesso em: 02 ago. 2019.

NOCK, M. K. et al. Risk factors for the transition from suicide ideation to suicide attempt: Results from the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). **Journal of Abnormal Psychology**, Washington, v. 127, n. 2, p. 139–149, fev. 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5851467/>>. Acesso em: 08 jul. 2019.

NORDSTRÖM, P. et al. Survival analysis of suicide risk after attempted suicide. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 91, n. 5, p. 336–340, Mai. 1995. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.16000447.1995.tb09791.x?sid=nlm%3Apubmed>>. Acesso em: 04 mai. 2019.

O'CONNOR, R. C., NOCK, M. K. The psychology of suicidal behaviour. **The lancet. Psychiatry**, v. 1, n.1, p. 73–85, 2014. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)>. Acesso em: 07 jun. 2018.

OSAFO, J. et al. Influence of religious factors on attitudes towards suicidal behaviour in Ghana. **Journal of religion and health**, v. 52, n. 2, p. 488-504, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s10943-011-9487-3>>. Acesso em: 09 jan. 2021.

PAIANO, M. et al. Fatores Intervenientes na Adesão ao Tratamento de Usuários de Drogas Atendidos no Caps-Ad. **Rev. Fund Care Online**, v. 11, n. 3, p. 687-693, Abr/Jun. 2019. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7072/pdf>>. Acesso em: 17 out. 2019.

PEREIRA, A. S. et al. Risk and protective factors for suicide attempt in emerging adulthood. **Cien Saúde Colet.**, v. 23, n. 11, p. 3767-3777, Nov. 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30427447/>>. Acesso em: 14 ago. 2020.

POLIT, D. F. BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

POSNER, K. et al. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of Suicidal Events in the FDA's Pediatric Suicidal Risk Analysis of Antidepressants. **American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 164, n. 7, p. 1035–1043, Jul. 2007.

POSNER, K. et al. The Columbia- Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. **American Psychiatric Association**, Arlington, v. 168, n. 12, p. 1266-1277, Dez. 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3893686/>>. Acesso em: 07 out. 2018.

POSNER, K. et al. From uniform definitions to prediction of risk: The Columbia Suicide Severity Rating Scale approach to suicide risk assessment. In: CANNON, K.E.; HUDZIK, T. J. **Suicide: phenomenology and neurobiology**. Switzerland: Springer International Publishing, 2014, p.59-84, 2014.

RASIC, D. Longitudinal relationships of religious worship attendance and spirituality with major depression, anxiety disorders, and suicidal ideation and attempts: findings from the Baltimore epidemiologic catchment area study. **Journal of psychiatric research**, Oxford, v. 45, n. 6, p. 848-54, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.11.014>>. Acesso em: 04 jan. 2021.

RAMOS, I. N. B.; FALCÃO, E. B. M. Suicídio: um Tema Pouco Conhecido na Formação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 35, n. 4, p. 507-16, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000400010>>. Acesso em: 14 dez. 2020.

REYES, J. C. et al., Polydrug use and attempted suicide among Hispanic adolescents in Puerto Rico. **Archives of suicide Research**, v.15, n.2, p. 151-159, 2011. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13811118.2011.565274?scroll=top&needAccess=true>>. Acesso em: 08 dez. 2019.



REZENDE, M.M.; PELICIA, B. Representação da recaída em dependentes de crack. SMAD, **Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, v. 9, n.2, p.76-81, 2013. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v9n2/pt\\_05.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v9n2/pt_05.pdf)>. Acesso em: 10 jan. 2021.

RIBEIRO, D. B. et al. Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 37, n. 1, e54896, Mar. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.54896>>. Acesso em: 19 ago. 2020.

ROCHA, W. S. et al. Concepções dos usuários de crack sobre os fatores que influenciam o uso e a dependência. Rev. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, v. 11, n. 3, p. 129-135, Jul-Set. 2015. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-6976201500030003&lng=es&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-6976201500030003&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 26 out. 2020.

RODRIGUES, C. G. S. S. et al. Perfil sócio-demográfico, diagnóstico e internação psiquiátrica de usuários da rede de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul. **J Nurs Health**, v. 2, p. 141-150, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3489>>. Acesso em: 18 out. 2020.

RODRIGUES, L. O. V. et al. Perfil de usuários de crack no município de Santos. **Trends in Psychology / Temas em Psicologia**, Santos, v. 5, n. 2, p. 675-689, Jun. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9788/TP2017.2-14>>. Acesso em: 14 set. 2019.

RODRÍGUEZ-CINTAS, L. et al. Factors associated with lifetime suicidal ideation and suicide attempts in outpatients with substance use disorders. **Psychiatry Research**, Limerick, v. 262, p. 440–445, Abr. 2019. Disponível em: <<https://doi:10.1016/j.psychres.2017.09.021>>. Acesso em: 29 set. 2019.

ROSA, N. M. et al. Mortalidade por suicídio no Estado do Paraná segundo meios utilizados: uma análise epidemiológica. **J. bras. psiquiatr.** Rio de Janeiro , v. 66, n. 2, p. 73-82, Jun. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852017000200073&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852017000200073&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 out. 2020.

ROY, A. Characteristics of cocaine dependent patients who attempt suicide. **Archives of suicide research**, London, v. 13, n. 1, p.46-51, 2009, Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/13811110802572130>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SALLES, M.M.; BARROS, S. Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 73-81, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000100010>>. Acesso em: 06 dez. 2020.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de pesquisa**. 5ª ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTOS, W. S. et al. A influência de fatores de risco e proteção frente à ideação suicida. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 17, n. 3, p. 515-26, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15309/16psd170316>>. Acesso em: 28 nov. 2020.

SCOTT, E. M. et al. Thoughts of death or suicidal ideation are common in young people aged 12 to 30 years presenting for mental health care. **BMC Psychiatry**, Londres, v.12, n. 234, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-234>>. Acesso em: 13 jan. 2020.

SILVA, D. C. et al. Sintomas psiquiátricos e características sociodemográficas associados à tentativa de suicídio de usuários de cocaína e crack em tratamento. **J. bras. psiquiatr.** [online], Porto Alegre, v. 66, n. 2, p. 89-95, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000155>>. Acesso em: 03 abr. 2020.

SILVERMAN, J. J. et al. The American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults. **American Journal of Psychiatry**, v. 172, n. 8, p. 798–802, Ago. 2015. Disponível em: <[https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2015.1720501?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3dpubmed](https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2015.1720501?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed)>. Acesso em: 26 nov. 2019.

SIMON, G. E. et al. Does response on the PHQ-9 depression questionnaire predict subsequent suicide attempt or suicide death? **Psychiatr Serv.**, v. 1, n. 64, p. 1195-1202, Dez. 2013. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24036589/>>. Acesso em: 06 dez. 2020.



SINGULANE, B. A. R.; SILVA, N. B.; SARTES, L. M. A. Histórico e Fatores Associados à Criminalidade e Violência entre Dependentes de Crack. **Psico-USF**, Itatiba, v. 21, n. 2, p. 395-407, Ago. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141382712016000200395&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141382712016000200395&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 27 mar. 2020.

SOUZA, A, M. A. et al. Ideação suicida e tentativa de suicídio entre usuários de crack. **Rev Bras Pesq. Saude**, Vitória, v. 16, n. 3, p. 115-121, Jul-Set. 2014.

STAHL, S. M. **Transtornos relacionados a substâncias e do controle de impulsos: ilustrados**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

STOKES, M. L. et al. Suicidal ideation and behavior in youth in the juvenile justice system. **Journal of Correctional Health Care**, v. 21, n. 3, p. 222-242, Jul. 2015. Disponível em: <<https://www.liebertpub.com/doi/10.1177/1078345815587001>>. Acesso em: 04 nov. 2020.

TREVISAN, E. R.; CASTRO, S. S. Perfil dos usuários dos centros de atenção psicossocial: uma revisão integrativa. **Rev baiana saúde pública**, v. 41, n. 4, p. 994-1012, Out-Dez. 2017. Disponível em: <[https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-910496#main\\_container](https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-910496#main_container)>. Acesso em: 12 dez. 2020.

TREVISAN, E. R.; CASTRO, S. S. Centros de Atenção Psicossocial - álcool e drogas: perfil dos usuários. **Saúde debate, Rio de Janeiro**, v. 43, n. 121, p. 450-463, 2019. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042019000200450](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000200450)>. Acesso em: 18 out. 2020.

TURECKI, G.; BRENDT, D. A. Suicide and suicidal behaviour. **The Lancet**, Montréal, v. 387, p. 1227–1239, Mar. 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26385066/>>. Acesso em: 07 ago. 2020.

UNODC. United Nations Office of Drugs and Crime. **World drug report. United Nations publication**, 2018. Disponível em: [http://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18\\_Booklet\\_2\\_GLOBAL.pdf](http://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_2_GLOBAL.pdf). Acesso em: 03 set. 2019.

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. **World Drug Report 2019**. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime, 2019. Disponível em: <<https://wdr.unodc.org/wdr2019/index.html>>. Acesso em: 14 jan. 2020.

URSANO, R. J. et al. Factors Associated With Suicide Ideation in US Army Soldiers During Deployment in Afghanistan. **JAMA Netw Open**, v. 3, n. 1, e1919935, Jan. 2020. Disponível em: <[http://dx.doi.org/ 10.1001/jamanetworkopen.2019.19935](http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.19935)>. Acesso em: 19 nov. 2020.

VAN ORDEN, K. A. et al . The interpersonal theory of suicide. **Psychol Rev.**, v. 117, n. 2, p. 575-600, Abr. 2010. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20438238/>>. Acesso em: 19 out. 2020.

VARGAS, D. et al. Women receiving specialized treatment for psychoactive substance use: a cohort study. **Rev Esc Enferm USP**, v. 52, e03368, out. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017042403368>>. Acesso em: 24 ago. 2019.

VENTULANI J. Drug addiction. Part I. Psychoactive substances in the past and presence. **Pol J Pharmacol**. Smetna, v. 53, n. 3, p. 201-214, Mai. 2001. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11785921/>>. Acesso em: 11 dez. 2020.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência : os jovens do Brasil**. Rio de Janeiro: CEBELA/FLACSO, 2014.

WANG, Y. et al. A Population-Based Longitudinal Study of Recent Stressful Life Events as Risk Factors for Suicidal Behavior in Major Depressive Disorder. **Archives of Suicide Research**, Winnipeg, v. 19, n. 2, p. 202–217, 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25559346/doi:10.1080/13811118.2014.957448>>. Acesso em: 15 nov. 2020.

WALSH, R. F. L., SHEEHAN, A. E., LIU, R. T. Prospective prediction of first lifetime onset of suicidal ideation in a national study of substance users. **Journal of Psychiatric Research**, v. 107, p. 28-33. Dez. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.09.019> >. Acesso em: 14 jul. 2019.

WHO. World Health Organization. **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1)>. Acesso em: 23 out. 2018.

WHO. World Health Organization. **Disease burden and mortality estimates, Global Health Estimates 2015: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2015**. Geneva: WHO, 2015. Disponível em:

<[https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/index1.html](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html)>  
Acesso em: 26 nov. 2019.

WONG, P. T. P. Suicide risks among college students from diverse cultural backgrounds. **Directions in Psychiatry**, v. 33, n.4, p. 237-247, 2013. Disponível em: <<https://psycnet.apa.org/record/2014-05149-002>>. Acesso em: 24 out. 2020.

## APÊNDICE 1 – DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO

VARIÁVEIS REFERENTES À IDEIAÇÃO SUICIDA (C-SSRS)	
Variáveis nominais e ordinais	
1. <b>Desejo de estar morto</b> – O participante em algum momento apresentou pensamentos de morte;	
2. <b>Pensamentos suicidas ativos não-específicos</b> – O participante apresentou pensamentos ativos de morte;	
3. <b>Ideação suicida ativa com algum método, sem intenção de agir</b> – O participante apresentou pensamentos ativos de morte com algum método, sem intenção de agir;	
4. <b>Ideação suicida ativa com alguma intenção de agir, sem plano específico</b> – O participante apresentou pensamentos ativos de morte, com intenção e sem plano;	
5. <b>Ideação suicida ativa com plano específico e intenção</b> – O participante apresentou pensamentos ativos de morte com planejamento e intenção de agir;	
6. <b>Ideação suicida nos últimos 30 dias</b> - O participante apresentou pensamentos de morte nos últimos 30 dias (ASI-6);	
7. <b>Frequência de ideação suicida</b> – Quantas vezes o participante apresentou ideação suicida;	
8. <b>Duração da ideação suicida</b> – Quando o participante apresentou pensamentos suicidas, quanto tempo eles duraram;	
9. <b>Controle da ideação suicida</b> – O participante conseguiu parar de pensar em se matar ou de querer morrer se quisesse;	
10. <b>Razões para não cometer suicídio</b> – O participante apresentava alguma razão que o impedisse de querer morrer ou de colocar em ação a ideia de cometer suicídio;	
11. <b>Razões para ideação</b> – Quais os tipos de razão que o participante apresentou para querer morrer ou se matar;	
12. <b>Score da gravidade da ideação suicida</b> – Gravidade da ideação suicida do participante; e	
13. <b>Score da intensidade da ideação suicida</b> – Intensidade da ideação suicida do participante.	
VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS (ASI - 6)	
Variáveis discretas	
1. <b>Idade</b> - Idade do participante;	
Variáveis nominais e ordinais	
1. <b>Sexo</b> – Sexo considerado pelo participante;	
2. <b>Raça</b> – Raça considerada pelo participante;	
3. <b>Situação conjugal</b> – Atual situação conjugal do participante;	
4. <b>Histórico de situação de rua</b> - O participante, alguma vez na vida, passou a noite na rua, prédios abandonados, carros, parques ou praças por não ter outro lugar para ficar;	

5. <b>Situação de emprego atual</b> – Situação de emprego atual considerada pelo participante;
6. <b>Dependentes financeiros</b> – Se existem pessoas que dependem financeiramente do participante para sustento financeiro regular;
7. <b>Renda suficiente</b> – Se o participante pode arcar com suas necessidades e de seus dependentes, como moradia, comida e roupas;
8. <b>Grau máximo de estudo</b> – Nível máximo de estudo completado pelo participante;
9. <b>Certificação profissional</b> – O participante tem algum outro diploma, licença ou certificado de treinamento formal;
10. <b>Assistência pública ou governamental</b> – O participante recebe algum tipo de assistência pública ou do governo para suas despesas;
11. <b>Filhos</b> – Se o participante tem filhos;
12. <b>Relacionamento amoroso ou sexual no último mês</b> – Se o participante teve algum relacionamento amoroso ou sexual durante o último mês;
13. <b>Apoio familiar</b> – Se o participante recebe apoio de familiares;
14. <b>Apoio de amigos</b> – Se o participante recebe apoio de amigos;
15. <b>Alguém que possa contar</b> – Se o participante tem alguém com quem possa contar;
16. <b>Atividades religiosas nos últimos 30 dias</b> – Se o participante participou de missa ou outras atividades religiosas nos últimos 30 dias;
17. <b>Dificuldade em aproveitar o tempo livre/lazer nos últimos 30 dias</b> – Se o participante se sentiu chateado e com dificuldade de aproveitar o tempo livre nos últimos 30 dias;
18. <b>Agressão física ou abuso por conhecido</b> – Se o participante já sofreu agressão física ou abuso por conhecido;
19. <b>Agressão/abuso sexual</b> – Se o participante já foi fisicamente agredido/abusado sexualmente durante a vida;
20. <b>Vítima de crime violento, espancamento ou agressão</b> – Se o participante já foi vítima de crime violento, espancamento ou agressão alguma vez na vida;
21. <b>Viu alguém ser morto ou espancado</b> – Se o participante já viu alguém ser morto ou brutalmente espancado;
22. <b>Detenção durante a vida</b> – Se o participante já esteve detido em delegacia, mesmo que por poucas horas;
23. <b>Detenção antes dos 18 anos</b> – Se o participante já foi preso por ter cometido algum crime antes dos 18 anos;
24. <b>Tipo de crime (desde os 18 anos)</b> – Qual o tipo do crime cometido pelo participante a partir dos 18 anos.

#### **VARIÁVEIS CLÍNICAS (ASI - 6)**

##### **Variáveis discretas**

1. **Atendimentos à saúde mental durante a vida** – Número de vezes em que o participante recebeu atendimento de saúde mental durante a vida; e
2. **Internamentos por problemas psiquiátricos** – Número de vezes em que o participante esteve internado por problemas psiquiátricos durante a vida.

##### **Variáveis nominais e ordinais**

1. **Condição crônica de saúde física** – Alguma vez, algum profissional de saúde informou ao participante que ele tinha alguma condição crônica de saúde física;
2. **HAS ou condição cardíaca**– Alguma vez, algum profissional de saúde informou ao participante que ele tinha HAS ou outra condição cardíaca;
3. **AVC ou alterações neurológicas** – Alguma vez, algum profissional de saúde informou ao participante que ele teve AVC ou outra alteração neurológica;
4. **Condição respiratória crônica** – Alguma vez, algum profissional de saúde informou ao participante que ele tinha uma condição respiratória crônica;

5. **Tuberculose** – Alguma vez, algum profissional de saúde informou ao participante que ele tinha tuberculose;
6. **Diabetes** – Alguma vez, algum profissional de saúde informou ao participante que ele tinha diabetes;
7. **HIV/ AIDS** – Alguma vez, algum profissional de saúde informou ao participante que ele tinha HIV/aids;
8. **Condição hepática** – Alguma vez, algum profissional de saúde informou ao participante que ele tinha condição hepática;
9. **Condição renal crônica** – Alguma vez, algum profissional de saúde informou ao participante que ele tinha condição renal crônica;
10. **Outras condições crônicas** – Alguma vez, algum profissional de saúde informou ao participante que ele tinha outras condições crônicas;
11. **Condição de saúde física nos últimos 30 dias** – Condição física nos últimos 30 dias considerada pelo participante;
12. **Preocupação com a saúde física nos últimos 30 dias** – Preocupação com a saúde física pelo participante nos últimos 30 dias;
13. **Importância do tratamento clínico/físico** – Importância do tratamento físico pelo participante;
14. **Prescrição de medicamentos TM durante a vida** – Se o participante já recebeu prescrição de medicamentos para transtornos mentais durante a vida;
15. **Comportamentos preparatórios** – Se o participante já se preparou para o suicídio (C-SSRS);
16. **Tentativa de suicídio** – Se o participante já fez alguma tentativa de suicídio (C-SSRS);
17. **Dificuldade para dormir 30 dias** – Se o participante apresentou dificuldade para dormir nos últimos 30 dias;
18. **Humor deprimido (durante a vida)** – Se o participante se sentiu deprimido ou para baixo durante a vida;
19. **Alucinações (durante a vida)** – Se o participante apresentou alucinações durante a vida;
20. **Ansiedade durante a vida** – Se o participante se sentiu nervoso, ansioso ou preocupado a maior parte do dia;
21. **Agressividade durante a vida** – Se o participante teve dificuldades para controlar seus impulsos e temperamento; e
22. **Concentração e memória durante a vida** – Se o participante teve dificuldades de concentração e memória durante a vida.

#### **VARIÁVEIS REFERENTES AOS TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS**

##### **Variáveis discretas**

1. **Tratamentos para transtornos relacionados a substâncias** – Número de vezes em que o participante fez tratamento para transtornos relacionados a substâncias;
2. **Uso da medicação para transtornos relacionados a substâncias em 6 meses** – Número de dias em que o participante fez uso da medicação prescrita para transtornos relacionados a substâncias nos últimos seis meses;
3. **Uso da medicação para transtornos relacionados a substâncias em 30 dias** – Número de dias em que o participante fez uso da medicação prescrita para transtornos relacionados a substâncias nos últimos 30 dias;
4. **Uso do álcool regularmente** – Durante quantos anos da vida o participante fez uso de álcool três ou mais vezes na semana;
5. **Uso do álcool pela primeira vez** – Quantos anos o participante tinha quando fez uso do álcool e sentiu seus efeitos pela primeira vez;
6. **Consumo de álcool nos últimos 30 dias** – Número de dias em que o participante fez uso do álcool nos últimos 30 dias;



<p>7. <b>Consumo de álcool nos últimos seis meses</b> – Número de dias em que o participante fez uso do álcool nos últimos seis meses;</p> <p>8. <b>Uso da maconha pela primeira vez</b> – Idade do participante ao usar maconha pela primeira vez;</p> <p>9. <b>Uso da cocaína/crack pela primeira vez</b>– Idade do participante ao usar cocaína/crack pela primeira vez;</p> <p>10. <b>Uso de inalantes pela primeira vez</b>– Idade do participante ao usar inalantes pela primeira vez;</p> <p>11. <b>Uso regular da maconha</b> – Por quantos anos da vida o participante fez uso regular da maconha;</p> <p>12. <b>Uso regular de cocaína/crack</b> – Por quantos anos da vida o participante fez uso regular de cocaína/crack; e</p> <p>13. <b>Uso regular de inalantes</b> – Por quantos anos da vida o participante fez uso regular de inalantes.</p>
<b>Variáveis nominais</b>
<p>1. <b>Sintomas de abstinência do álcool nos últimos 30 dias</b> – Se o participante apresentou sintomas de abstinência do álcool nos últimos 30 dias;</p> <p>2. <b>Dificuldade no controle ou diminuição do uso do álcool nos últimos 30 dias</b> – Se o participante apresentou dificuldade em controlar ou diminuir o uso de substâncias nos últimos 30 dias;</p> <p>3. <b>Frequência de uso do álcool nos últimos 30 dias</b> – Frequência de uso de álcool pelo participante nos últimos 30 dias;</p> <p>4. <b>Frequência de uso do álcool nos últimos seis meses</b> – Frequência de uso de álcool pelo participante nos últimos seis meses;</p> <p>5. <b>Problemas médicos, psicológicos e sociais pelo uso do álcool nos últimos 30 dias</b> – Se o participante apresentou, por causa do uso de substâncias, problemas médicos, psicológicos, no trabalho, escola ou em casa pelo uso do álcool nos últimos 30 dias;</p> <p>6. <b>Fissuras</b> – Se o participante apresentou fissuras ou desejo intenso de fazer uso do álcool nos últimos 30 dias;</p> <p>7. <b>Importância do tratamento para o uso de álcool</b> – Quão importante é para o participante o tratamento para uso de álcool;</p> <p>8. <b>Tempo de uso de substâncias ilícitas</b> – Tempo de uso de SPA pelo participante;</p> <p>9. <b>SPA mais consumidas</b> – Substâncias psicoativas que o participante consome ou consumiu durante a vida;</p> <p>10. <b>SPA que geram maior dificuldade (exceto álcool e tabaco)</b> – Qual substância gera maior dificuldade e pode ter levado o participante a buscar tratamento;</p> <p>11. <b>Frequência do uso de SPA nos últimos seis meses</b> - Frequência do uso nos últimos seis meses, durante o mês em que o participante estava usando mais substâncias;</p> <p>12. <b>Frequência de uso de SPA nos últimos 30 dias</b> - Frequência de uso de SPA pelo participante nos últimos 30 dias;</p> <p>13. <b>Abstinência de substâncias nos últimos 30 dias (exceto álcool e tabaco)</b> –Se o participante apresentou sintomas de abstinência após diminuir ou parar de usar, nos últimos 30 dias;</p> <p>14. <b>Problemas em parar, diminuir ou controlar o uso de substâncias nos últimos 30 dias (exceto álcool e tabaco)</b> – Se o participante apresentou problemas ao tentar parar, diminuir ou controlar o uso de substâncias nos últimos 30 dias;</p> <p>15. <b>Problemas médicos, psicológicos e sociais pelo uso de substâncias nos últimos 30 dias (exceto álcool e tabaco)</b> – Se o participante apresentou problemas médicos, psicológicos, problemas no trabalho, escola, em casa, discussões ou problemas com a lei pelo uso de substâncias nos últimos 30 dias;</p>

16. **Fissuras por SPA 30 dias** – Se o participante apresentou fissuras pelo uso de SPA nos últimos 30 dias;
17. **Importância do tratamento SPA** – Quão importante o participante considera o tratamento para uso de SPA; e
18. **Abstinência de álcool ou substâncias por um ano** – Se o participante já esteve completamente abstinente de álcool e substâncias por pelo menos um ano (exceto medicações prescritas apropriadamente).



## APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### Pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas - Estudo Quantitativo

Nós, Mariluci Alves Maftum - pesquisadora da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Aline Cristina Zerwes Ferreira e Fernanda Carolina Capistrano – alunas de pós-graduação da UFPR, estamos convidando você a participar de um estudo intitulado “Adesão ao tratamento pela pessoa com transtornos relacionados ao uso de substância psicoativa”, o qual se justifica pela necessidade de prestar cuidado de enfermagem que vá ao encontro das necessidades dessa clientela.

a) Os objetivos desta pesquisa são: Verificar a adesão da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas à terapêutica medicamentosa; verificar o risco de suicídio em pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas; e associar variáveis do perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico com os desfechos: adesão à terapêutica medicamentosa e o risco de suicídio.

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a algumas perguntas dirigidas a você, o que levará aproximadamente 40 minutos.

c) Para tanto você deverá comparecer ao CAPS AD para o atendimento de saúde conforme já é estabelecido em sua agenda de tratamento.

d) É possível que o experimente algum desconforto, principalmente relacionado a recordar as situações que você viveu;

e) A sua participação na pesquisa implica no risco de relembrar e/ou verbalizar situações vivenciadas por você de maneira desagradável. Entretanto, todas as medidas relacionadas à sua privacidade e conforto, bem como os esclarecimentos pertinentes serão garantidos.

f) Os benefícios esperados com essa pesquisa estão relacionados a contribuir com a manutenção do estado de saúde das pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas e melhorar a adesão ao tratamento, embora nem sempre você seja diretamente beneficiado por sua participação neste estudo.

g) Os pesquisadores Mariluci Alves Maftum, Aline Cristina Zerwes Ferreira e Fernanda Carolina Capistrano, responsáveis por este estudo poderão ser localizados no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFPR. Av. Prof. Lothario Meissner, 632. 3º andar. Curitiba/PR, pelo telefone (41) 3361-3756 e (41)99848-0806, de segunda a sexta-feira em horário comercial e pelo e-mail: [maftum@ufpr.br](mailto:maftum@ufpr.br) ou [alinezerwes@gmail.com](mailto:alinezerwes@gmail.com), para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. O seu tratamento está garantido e não será interrompido caso você desista de participar.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.  
Parecer CEP/SD-PB nº 2033006  
na data de 26/04/2017. *gls*

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal - \_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE - \_\_\_\_\_  
Orientador - \_\_\_\_\_

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | [cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br) – telefone (041) 3360-7259

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas (pesquisador responsável e pesquisadores colaboradores da pesquisa). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.

j) O material obtido – questionário e dados do prontuário - será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado – os materiais físicos serão destruídos por máquina de cortar o papel e os arquivos digitais serão excluídos permanentemente dentro de cinco anos.

k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro.

l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

m) Caso você apresente algum risco para suicídio será encaminhado para atendimento com técnico de referência no CAPS AD.

n) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivos do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim e sem que esta decisão afete meu tratamento no CAPS AD. Eu concordo em participar voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa  
em Seres Humanos do Setor de Ciências da  
Saúde/UFPR.  
Parecer CEP/SD-PB.nº 2033006  
na data de 26/04/2012 QP

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD Rua  
Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br –  
telefone (041) 3360-7259

## ANEXO 1 – INSTRUMENTO ADDICTION SEVERITY INDEX – VERSION 6

## ASI6

## Escala de Gravidade de Dependência

The Addiction Severity Index  
(ASI)

Versão 6

### Observação:

Este instrumento encontra-se em fase de validação para a cultura brasileira. Seus direitos autorais pertencem à Universidade da Pensilvânia, e suas informações não podem ser divulgadas ou distribuídas sem o prévio consentimento dos autores. O Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) é o responsável pela utilização desta versão em português, que ainda se encontra em fase de testes. Quaisquer informações sobre o instrumento no Brasil podem ser obtidas pelos seguintes contatos:

Dr. Felix Kessler:  
[kessler.ez@terra.com.br](mailto:kessler.ez@terra.com.br)

Dr. Flavio Pechansky:  
[fpechans@uol.com.br](mailto:fpechans@uol.com.br)

### Resumo dos Escores de Gravidade do ASI

Sub-escalas	Ques- tão	Grau de Preocupação	Ques- tão	Necessidade de Tratamento
Médica	M23	0 – 1 – 2 – 3 – 4	M24	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Emprego/S.	---	-----	E23	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Álcool	D22	0 – 1 – 2 – 3 – 4	D23	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Drogas	D17	0 – 1 – 2 – 3 – 4	D18	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Legal	L25	0 1 2 3 4	---	-----
Lazer	F22	-----	---	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Família/Soc.	F14	0 1 2 3 4	F15	0 1 2 3 4
Trauma	F38	0 1 2 3 4	F39	0 1 2 3 4
Filhos	F48	0 1 2 3 4	F49	0 1 2 3 4
Psiquiátrica	P20	0 – 1 – 2 – 3 – 4	P21	0 – 1 – 2 – 3 – 4

### Códigos para aplicação do instrumento:

X – não sabe ou  
não entendeu a questão  
N – não se aplica  
Q – não quis responder  
B – o entrevistador deixou  
em branco incorretamente

## ASi6

**Informações Gerais** Esta é uma entrevista padronizada que pergunta sobre várias áreas da sua vida – saúde, emprego, uso de álcool e drogas, etc. Algumas questões referem-se aos últimos 30 dias ou aos últimos seis meses, enquanto outras são sobre a sua vida inteira. Toda informação que você fornecer é confidencial (explique) e será utilizada para (explique). Por favor, responda às questões com a sua melhor estimativa. Se houver perguntas que você não entender ou preferir não responder, por favor, me informe.

A entrevista terá uma duração de aproximadamente uma hora. Você tem alguma pergunta antes de nós começarmos? Primeiro começaremos com algumas informações gerais.

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

G1. Código do paciente:

Nome do Entrevistador: \_\_\_\_\_

G2. Código do Entrevistador:

ou

G3. Código do Observador:

G4. Data da Entrevista:   /   /

G5. Data de Admissão:   /   /

G6. Os dados da entrevista serão referentes ao período:

1 – Anterior à data da própria entrevista: ☐

2 – Anterior à data de admissão: ☐

3 – Anterior à outra data:   /   /

G7. Hora de Início:   :

G8. Gênero (1 – Masculino, 2 – Feminino): ☐

G9. Data de Nascimento:   /   /      
(Idade: \_\_\_\_\_)

G10. Qual raça / cor você se considera? [Marque todas q. se aplicam]

1. Negra/Preta

5. Indígena

2. Branca

6. Outros

3. Amarela/Oriental

7. Não respondeu

4. Parda/Mestiça

G11. Está em internação (1), ambulatorio (2), outro local (3)? ☐

G12. Qual o seu estado conjugal?

1 – casado

4 – Divorciado

2 – vivendo como casado

5 – Separado

6 → G14

3 – viúvo

6 – Nunca casou

G13. Há quanto tempo você está (G12 resposta)?   anos   meses

G14. Como você foi encaminhado para o tratamento?

i.e. encaminhado para este programa específico de tratamento

1 – Por si próprio, cônjuge, familiar ou por amigo

2 – Instituição ou pessoa ligada a tratamento de álcool e drogas

3 – Instituição de saúde ou profissional de saúde

4 – Escola/Faculdade

5 – Trabalho ou programa de assistência ao emprego

6 – Serviço Comunitário (programa desemprego, abrigo, igreja, etc.)

7 – Sistema penal ou pelo juiz

J F M A M J J A S O N D

**Moradia** – As questões seguintes perguntam se você morou em algum tipo de local restrito ou supervisionado durante os últimos 6 meses desde \_\_\_\_\_ e os últimos 30 dias desde \_\_\_\_\_

[NOTA: 6 meses – 180 dias, informe ao entrevistado se necessário]  
II1. Nos últimos 6 meses, aproximadamente quantas noites você ficou em um hospital, unidade de internação psiquiátrica ou de tratamento para álcool e/ou drogas (internação), prisão ou delegacia, pensão protegida ou albergue para paciente psiquiátrico, ou comunidade terapêutica?

A. Últimos 6 meses B. 30 Dias

000 → 118

Dessas noites, quantas foram em:

A. B.

II2. Unidade de internação para tratamento de álcool ou drogas?

H3. Hospital geral?

H4. Hospital psiquiátrico?

H5. Delegacia ou prisão?

II6. Pensão protegida, comunidade terapêutica ou albergue (p/ pac. psiq.)?

II7. Outro tipo de situação de moradia restrita ou supervisionada? Que tipo de lugar?

H8. Quantas noites você passou em um abrigo para moradores de rua? A. Últimos 6 meses B. 30 Dias

000 → H9

II9. Quantas noites você passou na rua, ou em lugares como prédios abandonados, carros, parques ou praças, porque você não tinha outro lugar para ficar?

A. Últimos 6 meses B. 30 Dias

000 → NOTA

[NOTA: Se II8A ou II9A > 0 (i.e. se algum tempo em um abrigo ou na rua nos últimos 6 meses), passe para a próxima NOTA.]

H10. Alguma vez na vida você já ficou em um abrigo para moradores de rua ou na rua (em lugares como prédios abandonados, carros, parques ou praças) porque você não tinha outro lugar para ficar? 1 Sim, 0 Não

[NOTA: Se II1B + II8B = 30 (i.e. se todos os últimos 30 dias foram em ambiente restrito ou abrigo), passe para a seção Médica.]

H11. Nos últimos 30 dias (quando você não estava em uma situação de moradia restrita/supervisionada ou abrigo), com quem você estava morando?

[Marque todas que se aplicam] – se morava sozinho pule para seção Médica

1. Sozinho

5. Outros parentes adultos

2. Cônjuge/Parceiro

6. Outros adultos não-parentes

3. Filho(s) < 18 anos

7. Não respondeu

4. Pais

8. Outros

II12. Nos últimos 30 dias (quando você NÃO estava em uma situação de moradia restrita/supervisionada ou abrigo), você morou com alguém que tem problema atual com o uso de álcool ou drogas? ☐

1 Sim, 0 Não





## ASI6

**Emprego/Sustento – As questões seguintes são sobre a sua educação, emprego e finanças.**

E1. Qual é o grau máximo de estudo que você completou?

- |                                 |                      |
|---------------------------------|----------------------|
| 1 – Ensino Fundamental          | 4 – Bacharelado      |
| 2 – Ensino Médio                | 5 – Mestrado ou mais |
| 3 – Ensino Superior (Faculdade) | 6 – Nenhum           |

E2. Você tem algum outro diploma, licença ou certificado de algum treinamento formal? 1 – Sim, 0 – Não

E3. Qual é a última série ou ano que você completou?

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| 01 – Não alfabetizado            | 16 – 3º e/ou 4º ano de faculdade       |
| 02 – 1ª a 4ª série               | 17 – 5º e/ou 6º ano de faculdade       |
| 12 = 5ª a 8ª série               | 18 = 1º ao 2º ano de pós-g. (mestrado) |
| 13 – 1º e/ou 2º ano do E.M.      | 19 – Doutorado completo ou não         |
| 14 – 3º ano Ensino Médio         | 20 – Pós-doutorado completo ou não     |
| 15 = 1º e/ou 2º ano de faculdade |  |

E4. Você prestou serviço militar? 1 – Sim, 0 – Não

E5. Você participa atualmente de treinamento técnico ou programa educacional?

0 – Não, 1 – Meio-Turno, 2 – Turno Integral

E6. Você tem carteira de motorista válida? 1 – Sim, 0 – Não

E7. Você usa ou tem um carro ou moto? 1 – Sim, 0 – Não

E8. Neste momento, é difícil ir ao trabalho/escola, ou procurar trabalho por causa de meio de transporte? 1 – Sim, 0 – Não

[NOTA: Codifique E9. Pergunte apenas se incapaz de codificar baseado na informação prévia]

E9. Você lê/escreve (português) suficientemente bem para preencher uma ficha de emprego? 1 – Sim, 0 – Não

E10. Qual é a sua principal situação de emprego atual? [Marque uma]

1. Turno Integral (11) (35+ h/trabalho), → E12
2. Meio Turno (< 35 h/trabalho), → E12
3. Desempregado e ativamente procurando por trabalho "dispensa temporária", → E14
4. Fora do mercado de trabalho não trabalha e não procura ativamente por trabalho
5. Bicos (trabalho irregular e sem horário fixo)

E11. [Se fora do mercado de trabalho ou faz bicos responda:] Qual opção melhor descreve sua situação atual?

[NOTA: Marque uma ou duas e passe para E14]

- |                        |                             |
|------------------------|-----------------------------|
| 1. Dona-de-casa/do lar | 5. Não procura por trabalho |
| 2. Estudante           | 6. Procura por trabalho     |
| 3. Incapaz             | 7. Institucionalizado       |
| 4. Aposentado          | 8. Outro                    |

**Comentários:**


---



---



---



---



---

E12. Que tipo de trabalho você faz (trabalho principal)?    
Especifique:

[NOTA: Codifique uma categoria nas caixas E12. Lista em anexo]

- 01 – Especialidades Profissionais e Ocupações Técnicas
- 02 – Ocupações Executivas, Administrativas, Gerenciais
- 03 – Vendas
- 04 – Apoio Administrativo e de Escritório
- 05 – Ocupações de Produção de Precisão, Manufatura e Conserto
- 06 – Operadores de Máquinas, Montadores e Inspetores
- 07 – Ocupações de Transporte e Mudanças
- 08 – Serviços gerais, Limpeza de Equipamentos, Auxiliar, Operário
- 09 – Ocupações de Serviços, Exceto Empregados Domésticos
- 10 – Fazendeiro ou Gerente/Administrador de Fazenda
- 11 – Trabalhador Rural
- 12 – Militar
- 13 – Empregados Domésticos
- 14 – Outro

E13. Este trabalho é sem carteira assinada (informal)? 1 – Sim, 0 – Não

E14. Quanto tempo durou seu trabalho de turno integral mais longo?     
Meses  
– com um empregador ou como autônomo  
000 → E17

E15. Há quanto tempo ele terminou?     
Meses  
[NOTA: Coloque 000 somente se o trabalho atual (E1) é o mais longo]  
000 → E17

E16. Qual era o seu trabalho/ocupação então?    
Especifique:  
[NOTA: Codifique uma categoria da NOTA E12.]

E17. Nos últimos 6 meses (desde \_\_\_\_\_), quantas semanas você teve um trabalho pago?    
– inclua licenças, férias,  
dias como autônomo, trabalho informal e bicos.  
Semanas,  
Max = 26  
00 → E22

E18. Nos últimos 6 meses, quanto dinheiro você ganhou (renda bruta)? – incluir bicos

(E19 – E22) Nos últimos 30 dias:  
E19. Quantos dias remunerados você trabalhou?    
– inclua licenças, férias, dias como autônomo, trabalho informal e bicos.  
Dias  
00 → E22

E20. Quanto dinheiro você ganhou (renda bruta)? – incluir bicos R\$

E21. Quantos dias você teve qualquer problema relacionado com o trabalho?    
ex. baixa produtividade, discussões, ser chamado atenção, atrasos, etc.  
Dias

E22. Você procurou algum emprego?   
ex. mandou um currículo, preencheu uma ficha de emprego, falou com um possível empregador  
1 – Sim, 0 – Não

E23. Neste momento, quão importante é para você receber qualquer tipo de orientação (como aconselhamento, treinamento ou educação) para ajudá-lo a se preparar para ou a encontrar um emprego, ou lidar com problemas profissionais? assistência atual ou adicional

- |                   |                       |
|-------------------|-----------------------|
| 0 – Nada          | 3 – Consideravelmente |
| 1 – Eventualmente | 4 – Extremamente      |
| 2 – Moderadamente |                       |

## ASI6

As próximas perguntas (E24 – E36) são sobre as suas fontes de suporte financeiro e renda.

E24. Você mora em habitação financiada pelo governo ou recebe auxílio moradia? ☐ 1 – Sim, 0 – Não

Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você recebeu de:

E25. pensão, seguro social, seguro desemprego? ex. previdência social ou INSS R\$

E25b.... últimos 6 meses? R\$

E26. assistência pública? ex. bolsa família / bolsa escola / moradia / roupas R\$

E26b.... últimos 6 meses? R\$

E27. outra assistência? ex. vale-refeição ou vale-transporte R\$

E27b.... últimos 6 meses? R\$

E28. sustento ou pensão alimentícia para crianças? do pai da criança ou ex-cônjuge. R\$

E28b.... últimos 6 meses? R\$

E29. atividades ilegais? ex. tráfico de drogas, prostituição, jogo ilegal, venda de objetos ilegais R\$

E29b.... últimos 6 meses? R\$

E29c. bicos? R\$

E29d.... últimos 6 meses? R\$

E30. alguma outra fonte? ex. pediu emprestado/recebeu dinheiro da família ou renda inesperada (herança, impostos, loteria, etc.) R\$

E30b.... últimos 6 meses? R\$

E31. Quais são suas fontes atuais de sustento financeiro para moradia, comida e outras despesas de vida? [Marque todas que se aplicam]

1. Emprego
2. Aposentadoria
  - ex. pensão, seguro social (INSS)
3. Invalidez / Incapacidade
  - ex. pensão, seguro social (INSS), indenização
4. Seguro desemprego
5. Assistência pública ou governamental
  - ex. previdência social, vale-refeição, moradia subsidiada
6. Sustento ou pensão alimentícia para criança
7. Família, amigos ou sócios
8. Dinheiro ilegal
9. Institucionalizado ou vivendo em supervisão
  - ex: Hospital, pensão protegida, albergue ou pensão.
10. Outras, ex. economias, etc:
  - Especifique: \_\_\_\_\_
11. Bicos
12. Nenhuma

E32. Você alguma vez declarou falência? ☐ 1 – Sim, 0 – Não

E33. Você já deixou de pagar um empréstimo para o governo ou instituição privada? ex. crédito educativo, casa, empréstimos bancários. ☐ 1 – Sim, 0 – Não

E34. Você está mais do que um mês atrasado nos seus pagamentos para alguma coisa? ex: habitação, serviços, cartões de crédito, pensão de filhos, outros empréstimos/débitos (contas médicas, custos legais, empréstimos pessoais) ☐ 1 – Sim, 0 – Não

E35. Quantas pessoas (não inclua você mesmo) atualmente dependem de você para o sustento financeiro regular?  ex. para moradia, comida, sustento de filho, mesada, etc. inclua pessoas que o sujeito sustenta, bem como aquelas que ele/ela é obrigado a sustentar

E36. Você tem renda suficiente para pagar necessidades como moradia, comida e roupas para você mesmo e seus dependentes? – exclua dinheiro de atividades ilegais ☐ 1 – Sim, 0 – Não

#### Comentários:

---



---



---



---



---



---

## ASI6

**Drogas / Álcool** – As questões a seguir são sobre o seu uso de álcool e drogas, e sobre qualquer tratamento para abuso de substâncias que você tenha recebido.

Histórico de Tratamentos

- D1. Quantas vezes diferentes você já foi tratado para seu uso de álcool ou drogas? inclua avaliações para tratamento mesmo que não tenham se transformado em tratamento. Não incluir AA / NA.   00 → D6
- D2. Quantos desses tratamentos foram apenas para desintoxicação?   – desintoxicação não seguida por tratamento adicional.
- D3. Que idade você tinha quando entrou pela primeira vez em um tratamento para álcool/drogas?

Quanto dias você:

- D4. Participou de programa ambulatorial ou de consulta médica para tratamento de problemas relacionados a álcool ou drogas?     A. Últimos 6 meses B. 30 Dias 000 → D5
- D5. Tomou medicação prescrita para tratar seu uso de álcool ou drogas?     000 → D6 ex. disulfiram, naltrexone (Revia), acamprosato (Campral), medicamento para desintoxicação, diazepam, metadona, etc. exclua medicações para dependência de nicotina.
- D6. Participou de reuniões de auto-ajuda (ex.: AA, NA)?     [se nunca participou na vida → D8]
- D7. Qual o período de tempo contínuo mais longo que você participou de reuniões de auto-ajuda, pelo menos 2 dias/semana?   Anos   Meses

Uso de Álcool

- D8. Quantos anos na sua vida você bebeu álcool regularmente, 3 ou + dias/semana?   00 → D10 – exclua períodos sem álcool
- D9. Quantos anos na sua vida você bebeu pelo menos (5-homem, 4-mulher) drinques<sup>7</sup> por dia regularmente, 3 ou + dias por semana?   >0 → D11
- D10. Você bebeu pelo menos (5 homem, 4 mulher) drinques por dia em 50 dias ou mais em sua vida?  1 – Sim, 0 – Não
- D11. Que idade você tinha quando bebeu e sentiu pela primeira vez os efeitos do álcool?   [se nunca, codifique NN]
- D12. Nos últimos 6 meses, durante o mês em que você estava bebendo mais, com que frequência você bebia?   0 – Sem uso (→ D20) 3 – 3-6 vezes por semana 1 – 1-3 vezes por mês 4 – Diariamente 2 – 1-2 vezes por semana

- D13. Nos últimos 30 dias, quantos dias você bebeu qualquer tipo de bebida alcoólica?
- D14. Quando você bebeu pela última vez? [00 se hoje, 01 se ontem, 02 se 2 dias antes, etc.]
- D15. Nos últimos 30 dias, quantos dias você bebeu pelo menos (5 p/homens, 4 p/mulheres) drinques em um dia?
- D16. Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você gastou em álcool para você? R\$

Sintomas do ÁlcoolNos últimos 30 dias:

- D17. Você teve qualquer sintoma de abstinência logo após ter diminuído ou parado de beber?  1 – Sim, 0 – Não
- D18. Você teve alguma dificuldade em controlar, diminuir ou parar de beber ou passou grande parte do dia bebendo?  1 – Sim, 0 – Não
- D19. Por causa do seu beber, você teve algum problema médico ou psicológico; ou teve problemas no emprego (escola) ou em casa, teve discussões; ou teve problema com a lei?  1 – Sim, 0 – Não
- D20. Você foi incomodado por fissuras ou desejos intensos de beber?  1 – Sim, 0 – Não
- D21. Quantos dias você teve essas ou qualquer outra dificuldade devido ao uso de álcool?   00 → D23
- D22. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com álcool?  0 – Nada 3 – Consideravelmente 1 – Levemente 4 – Extremamente 2 – Moderadamente
- D23. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de álcool?  0 – Nada 3 – Consideravelmente 1 – Levemente 4 – Extremamente 2 – Moderadamente
- D24. Quão importante é para você alcançar/manter abstinência total do álcool (i.e., não beber nada)?  0 – Nada 3 – Consideravelmente 1 – Levemente 4 – Extremamente 2 – Moderadamente

Comentários:


---



---



---



---

<sup>7</sup> Um drinque: considere aproximadamente 1 dose de destilado, 1 cálice de vinho ou uma lata de cerveja.



## ASI6

## Tabela de Uso de Drogas – Substâncias Individuais

**NOTA:** Entregue ao entrevistado a **Lista de Drogas** e diga: *Eu vou perguntar sobre cada grupo de drogas listado. Nós já falamos sobre o álcool. Vamos começar com a maconha:*

- Pré-A. Você já experimentou ou usou \_\_\_\_\_ (mesmo se foi somente uma vez ou prescrito)?
- A. Que idade você tinha quando experimentou pela primeira vez \_\_\_\_\_?
- B. Por quantos anos de sua vida você usou \_\_\_\_\_ 3 ou mais dias por semana? Exclua períodos sem a droga
- C. Você já usou \_\_\_\_\_ em 50 ou mais dias na sua vida?
- D. Nos últimos 30 dias, quantos dias você usou \_\_\_\_\_?
- E. Nos últimos 30 dias, você usou \_\_\_\_\_ ([0] – somente como prescrito, ou [1] – ilegalmente ou mais do que foi prescrito)?

**NOTA:** Se o entrevistado relata:

1. Nunca ter experimentado uma droga específica (ex. D25-A), **codifique “N” e passe para a próxima substância (D26-A).**
2. Ter usado 3 ou mais dias por semana por um ano ou mais (ex. D25-B), **pule o item seguinte (D25-C), e continue.**
3. Nenhum uso nos últimos 30 dias (ex. D25-D – 00), **passe para a próxima substância (D26-A).**

	A. Idade de 1º uso? [N → próxima A]	B. Anos de uso regular (Na vida)? [>00 → D]	C. Usou 50 ou + dias (Na vida)? [1 Sim, 0 Não]	D. Uso nos Últimos 30 dias? [00 → próxima A]	E. Usou como Tio (últimos 30 dias)? [0 como Tio, 1 Não Tio]
D25. Maconha	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D26. Sedativos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D27. Cocaína / Crack	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D28. Estimulantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D29. Alucinógeno	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D30. Heroína	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D31. Metadona	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D32. Outros Opióides	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D33. Inalantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Comentários adicionais:**

---



---



---



---



---

## ASI6

## Uso de Substâncias – Categorias Problema

- |                      |   |
|----------------------|---|
| 01 – Alcool          | 07 – Heroína                              |
| 02 – Maconha         | 08 – Metadona                             |
| 03 – Sedativos       | 09 – Outros Opióides                      |
| 04 – Cocaína / Crack | 10 – Inalantes                            |
| 05 – Estimulantes    | 11 – Outras Substâncias (inclui nicotina) |
| 06 – Alucinógenos    | 12 – Nenhuma                              |

## Rota(s) de Administração

De que forma você já usou ?

Problema Primário	A. Categoria	B. Na vida [marque todas que se aplicam]	C. Últimos 30 Dias [marque todas que se aplicam]
<b>D34.</b> Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a você mais dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento?  Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 12 → D37	1. Ingerida __2. Inalada __3. Fumada 4. Injetada __5. Outra	1. Ingerida __2. Inalada __3. Fumada 4. Injetada __5. Outra __6. Sem uso
<b>Problema Secundário</b> <b>D35.</b> Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a 2ª maior dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento?  Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 12 → D37	1. Ingerida __2. Inalada __3. Fumada 4. Injetada __5. Outra	1. Ingerida __2. Inalada __3. Fumada 4. Injetada __5. Outra __6. Sem uso
<b>Problema Terciário</b> <b>D36.</b> Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a 3ª maior dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento?  Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 12 → D37	1. Ingerida __2. Inalada __3. Fumada 4. Injetada __5. Outra	1. Ingerida __2. Inalada __3. Fumada 4. Injetada __5. Outra __6. Sem uso

[NOTA: 4. Injeção EV (endovenosa) ou IV (intravenosa)  
e não-EV/IV: ex. intramuscular, intradérmica, etc.]

## Comentários adicionais:

## AS16

Uso de Drogas    Geral (exceto álcool e tabaco)

- D37.** Quantos anos na sua vida você usou qualquer tipo de droga ilegal ou de rua, ou abusou de qualquer medicação prescrita por pelo menos 3 ou mais dias por semana?   se nunca usou drogas ou medicação → D34
- D38.** Nos últimos 6 meses, durante o mês em que você estava usando mais drogas ilegais ou de rua (e/ou abusando de medicação prescrita), qual a frequência de uso de quaisquer drogas?  
0 – Sem uso (→ D15)      3 – 3-6 vezes por semana  
1 – 1-3 vezes por mês      4 – Diariamente
- D39.** Nos últimos 30 dias, em quantos dias você usou qualquer tipo de droga ou abusou de medicações prescritas?   0 → D15
- D40.** Quantos dias faz que você usou pela última vez qualquer tipo de droga ou abusou de medicações prescritas? 00 – se hoje, 01 – se ontem, 02 – se 2 dias antes, etc.
- D41.** Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você gastou em drogas? R\$     exclui dinheiro para medicações (que são parte do tratamento para drogas (e.x., metadona, medicações para desintoxicação, etc.))

**Sintomas de Drogas (exceto álcool e tabaco)**

**Nos últimos 30 dias:**

- D42. Você teve algum sintoma de abstinência logo após diminuir ou parar qualquer droga? 1 Sim, 0 Não ☐
- D43. Você teve algum problema em controlar, diminuir ou parar com as drogas, ou gastou muito do seu dia usando, sob efeito, recuperando-se, ou apenas tentando obter drogas? 1 - Sim, 0 - Não ☐
- D44. Por causa do seu uso de drogas – você teve algum problema médico ou psicológico; ou teve problemas no trabalho (escola) ou em casa, entrou em discussões; ou teve problemas com a lei? 1 Sim, 0 Não ☐
- D45. Você tem sido incomodado por fissuras ou desejos de usar? 1 - Sim, 0 - Não ☐
- D46. Quantos dias você teve essas ou qualquer outra dificuldade devido ao uso de drogas?   00 – D48
- D47. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com drogas?
- |                 |                     |
|-----------------|---------------------|
| 0 Nada          | 3 Consideravelmente |
| 1 Levemente     | 4 Extremamente      |
| 2 Moderadamente |                     |
- D48. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de drogas?
- |                   |                       |
|-------------------|-----------------------|
| 0 – Nada          | 3 – Consideravelmente |
| 1 – Levemente     | 4 – Extremamente      |
| 2 – Moderadamente |                       |

- D49. Quão importante é para você alcançar/manter a abstinência total das drogas (isto é, não usar nenhuma droga)?
- 0 – Nada                      3 – Consideravelmente  
1 – Um pouco                4 – Extremamente
- 2 – Moderadamente
- D50. Desde que você começou a usar, você já esteve completamente abstinentes (limpo) das drogas e do álcool por pelo menos 1 ano?
- exceto medicações prescritas e apropriadas)
- tomadas (ex. metadona, medicações psiquiátricas)
- 1 – Sim, 0 – Não
- 0 → D52
- D51. Há quanto tempo este período de abstinência (limpo) de pelo menos 1 ano terminou?
- Anos                      Meses
- [Se atualmente abstinente há 1 ano ou mais, codifique 00-00.]

### Riscos para a Saúde

[NOTA: Caso ainda não se saiba, pergunte a D52. Caso contrário, preencha de acordo com as informações prévias]

- D52.** Alguma vez você se injetou drogas?  
[Injetou = IV (intravenosa) e não-IV]
- 1 – Sim, 0 – Não  
00 = 1254
- D53.** Quando foi a última vez que você  
compartilhou seringas  
ou equipamento de injeção?
- se nunca, codifique N e N  
– se no último mês, codifique 00 00
- Anos Meses Atrás

- D54. Nos últimos 6 meses, com quantas pessoas diferentes você fez sexo oral, anal ou vaginal?
- D55. Quando foi a última vez que você fez teste para HIV/AIDS?      
- se nunca, codifique N e N Anos Meses Atrás  
- se no último mês, codifique 00 00

Tabaco Cigarros, etc.

- D56. Que idade você tinha quando fumou o primeiro cigarro ou usou tabaco de outra forma?  
ex. mascou tabaco, charutos, cachimbo  
se nunca experimentou, codifique N
- D57. Quantos anos na sua vida você fumou cigarros (ou usou tabaco de outra forma) diariamente?
- D58. Nos últimos 30 dias, quantos dias você fumou cigarros (ou usou tabaco de outra forma)?

Jogo

- D59. Na sua vida, você alguma vez teve dificuldade financeira por causa de jogo? ☐  
1 – Sim, 0 – Não
- D60. Nos últimos 30 dias, quantos dias você participou de qualquer forma de jogo, como bingo, loteria, corrida de cavalo, jogo do bicho, rinha de galo, cassinos, ou jogo ilegal de qualquer natureza?

**Comentários:**

## ASI6

**Legal** – As próximas questões são a respeito de seu envolvimento a Justiça Criminal e/ou atividades ilegais.

L1. Na sua vida inteira, você já esteve em uma prisão ou detido em delegacia, mesmo que por poucas horas? ☐ 1 Sim, 0 Não

L2. Na sua vida inteira, você já foi preso? ☐ 1 – Sim, 0 – Não  
Se L1 e L2 = 0 → L18

L3. Que idade você tinha na primeira vez?   >17 → (1.7-14)

L4. Antes dos 18 anos, você já foi preso por? [Marque todas que se aplicam]  
1. Crimes violentos ou crimes contra pessoas  
ex. roubo, agressão, estupro  
2. Ato ilícito ligado a drogas  
ex. porte, tráfico, manufatura de drogas  
3. Crimes visando lucro ou contra a propriedade  
ex. roubo de carro ou em loja, arrombamento, vandalismo, incêndio  
4. Infrações praticadas somente por jovens  
ex. fugir de casa, violação do toque de recolher, vadiagem  
5. Outras infrações (Especifique: )

L5. Quantas vezes você foi condenado por um ato infracional antes dos 18 anos?   Vezes

L6. Antes dos 18 anos, qual o tempo total que você passou trancado em centros de detenção ou instituições para menores infratores (FASE/FEBEM/DEGASE)?   Meses

(L7 – L14) Desde os 18 anos:

Pré-A. Você já foi preso ou detido por [NOTA: Se Não, codifique 00 para A. e passe para o próximo item]

A. Quantas vezes no total?

B. Quantas vezes nos últimos 6 meses?

	A. Total	B. 6 Meses
L7. Porte de drogas? ..... – ou equipamentos de droga (parafernália)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
L8. Venda ou produção de drogas? ..... vender inclui traficar/distribuir	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
L9. Roubo? ..... roubo à força, ou sob ameaça de força	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
L10. Outros crimes visando lucro? ..... fraude venda de objetos roubados, vandalismo, incêndio – em loja	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
L11. Crime violento? ..... – violência doméstica, estupro, assassinato.	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
L12. Armas, prostituição ou jogo? ..... inclui cafetina, dinheiro por sexo, pornografia	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
L13. Dirigir alcoolizado? ..... ou sob efeito de drogas	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
L14. Alguma outra infração criminal? ..... violação da condicional, conduta desordeira, – invasão, violação de ordem restritiva, negligência ou descuido, etc.	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

L15. Há quanto tempo foi a última vez que você foi preso ou detido por qualquer coisa? [Codifique 00 se dentro do último mês (30 dias)]   Anos   Meses

L16. Quantas vezes você foi condenado por um crime cometido após os 18 anos de idade?   Vezes

L17. Desde os 18 anos, quanto foi o tempo total que você passou na cadeia ou prisão?   Anos   Meses

L18. A sua admissão para o tratamento foi ordenada pela justiça? ☐ 1 – Sim, 0 – Não  
ex. um juiz a requisitou

Você está atualmente envolvido com a justiça criminal de alguma das seguintes formas? ☐ 1 – Sim, 0 – Não

L19. Investigado em inquérito policial ..... ☐

L20. Suspensão condicional do processo ..... ☐

L21. Aguardando julgamento ou sentença ..... ☐

L22. Sursis ou em liberdade condicional ..... ☐

L23. Participando de um programa de justiça terapêutica ..... ☐

L24. Outros ..... ☐  
ex. procurado pela justiça, mandado de prisão, prisão domiciliar, supervisão pré-julgamento, está cumprindo pena

L25. Quão graves você considera seus problemas atuais com a justiça criminal?  
0 – Nada 3 – Consideravelmente  
1 – Levemente 4 – Extremamente ☐

(L26 – L30) Nos últimos 6 meses:

Pré-A. Você ?

[NOTA: Se Não, codifique 000 para A. e passe para o próximo item]

A. número de dias, últimos 6 meses

B. número de dias, últimos 30 dias

A. Últimos 6 Meses B. 30 Dias

L26. Vendeu ou fabricou drogas? .....      
– trafico ou distribuiu para fazer dinheiro,  
por sexo ou lucro de qualquer outra maneira

L27. Roubou alguém? .....

L28. Furtou, roubou, arrombou,  
fraudou, falsificou prescrições  
ou cheques, destruiu propriedade  
ou incendiou algo?     Se L28 = 0 → L29

L28a. Roubou em loja .....

L28b. Praticou arrombamento .....

L28c. Roubou veículo a motor .....

L28d. Falsificou .....

L28e. Fraudou .....

L28f. Cometeu vandalismo .....

L28g. Provocou incêndio (premeditado) .....

L28h. Roubou / danificou propriedade .....

L29. Ameaçou ou agrediu alguém? .....     Se L29 = 0 → L30

com ou sem uma arma;  
– inclua violência doméstica, estupro e assassinato  
– exceto roubo

L29a. Ameaçou sem agressão física .....

L29b. Agrediu fisicamente com uma arma .....

L29c. Agrediu fisicamente sem uma arma .....

L29d. Agrediu sexualmente .....

L29e. Assassinou alguém .....

L29f. OUTRO .....

## ASI6

L30. Fez qualquer outra coisa ilegal?  
portou arma sem licença,  
envolveu-se com prostituição,  
cafetinação ou jogo ilegal, etc.  
[exclua uso de droga pessoal ou posse, dirigir sob influência de álcool]

L30c. Carregar uma arma sem licença ..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

L30d. Prostituição / cafetinação ..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

L30e. Jogo ilegal..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

L31. No total, nos últimos 30 dias, quantos dias você  
fez qualquer uma das atividades/coisas acima? ☐ ☐

L32. Quantos dias, no total, você dirigiu  
sob efeito de drogas ou álcool? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

**Família/Social – As questões seguintes são sobre sua família e relacionamentos sociais.**

F1. Você teve um relacionamento amoroso ou sexual  
com um(a) parceiro(a) durante o último mês? 1 Sim, 0 Não  
[NOTA: Se não, pule a coluna A (F3A-F9A).]

F2. Quantos amigos íntimos/verdadeiros<sup>8</sup> você tem?  
– exclua parceiros sexuais/conjuge,  
e quaisquer outros familiares adultos.  
[NOTA: Se 00, pule a coluna C (F3C-F9C).]

**NOTA: Para F3 – F9:**

- A. Refere-se a esposa/marido ou parceiro  
B. Refere-se a quaisquer outros membros adultos da família ou parentes.  
ex. pais, avós, irmãos, filhos crescidos, tios/tias, primos  
C. Refere-se a qualquer amigo íntimo/verdadeiro

**Nos últimos 30 dias, você:**

	(1 Sim, 0 Não)	A. Parceiro(s)	B. Parentes Adultos	C. Amigos Íntimos
F3. passou tempo (pessoalmente) com (seu A/quaisquer B,C): .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F4. teve qualquer contato, como, cartas, telefonemas ou e-mail (outro) com: se F3 F4 0. Pule para F9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F5. falou para (A/B/C) sobre seus sentimentos ou problemas? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F6. teve problema de relacionamento c/ .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F7. teve qualquer discussão com: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F8. O(s) seu (s) (A/B/C) tem um problema atual com álcool ou uso de drogas? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– inclua somente aquelas pessoas com quem você passou tempo ou teve contato nos últimos 30 dias				
F9. Se você precisa de ajuda, você pode contar com: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F10. Você atualmente tem alguma ordem judicial de afastamento contra alguém? 1 – Sim, 0 – Não	<input type="checkbox"/>			

**Comentários:**

<sup>8</sup> Amigo íntimo / verdadeiro: considere alguém com quem você convive com uma certa frequência e pode contar, sem conotação sexual.

F11. Nos últimos 30 dias, alguma situação com seu  
parceiro, parentes adultos ou amigos íntimos  
resultou em empurrar/bater ou atirar coisas? 1 Sim, 0 Não ☐

F12. Além do seu parceiro, outros parentes adultos e  
amigos íntimos, existe alguém com quem você possa  
contar caso você realmente precise de ajuda? 1 – Sim, 0 – Não ☐  
ex. padre/pastor, médico, padrinho de AA, conselheiro, advogado, etc.

F13. No geral, nos últimos 30 dias, quão satisfeito você  
tem estado com os seus relacionamentos com adultos?  
ex. número de relacionamentos, quantidade de contato,  
qualidade da comunicação, se dá bem, ajuda-se mutuamente, etc.  
0 Nada 3 Consideravelmente  
1 Levemente 4 Extremamente ☐  
2 Moderadamente

F14. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado  
você tem estado com quaisquer problemas com  
os seus relacionamentos com adultos?  
0 Nada 3 Consideravelmente  
1 Levemente 4 Extremamente ☐  
2 Moderadamente

F15. Neste momento, quão importante é para você receber  
um auxílio, aconselhamento ou tratamento  
(atual ou adicional) para seus problemas  
de relacionamento com adultos?  
0 Nada 3 Consideravelmente  
1 Levemente 4 Extremamente ☐  
2 – Moderadamente

F16. Você acha difícil falar sobre os seus  
sentimentos ou problemas mesmo com  
pessoas íntimas (inclui parentes)? 1 Sim, 0 Não ☐

F17. Você sente-se nervoso ou desconfortável  
quando está com outras pessoas? 1 – Sim, 0 – Não ☐

F18. É importante para você ter relacionamento  
próximo/íntimo com pessoas? 1 Sim, 0 Não ☐

**Nos últimos 30 dias (F19-F22):**

F19. você foi à missa/serviços ou atividades religiosas  
organizados pela sua igreja/congregação? 1 – Sim, 0 – Não ☐  
exclua reuniões de auto-ajuda ou AA

F20. você fez algum trabalho voluntário? 1 – Sim, 0 – Não ☐

F21. você frequentemente sentiu-se chateado ou com  
dificuldade para aproveitar o seu tempo livre? 1 – Sim, 0 – Não ☐

F22. Quão satisfeito você tem estado com a forma  
com que você aproveita o seu tempo livre?  
0 – Nada 3 – Consideravelmente  
1 – Levemente 4 – Extremamente ☐  
2 – Moderadamente

**As questões seguintes são sobre qualquer abuso ou trauma que você possa ter sofrido ao longo da sua vida.**

F23. Você já foi fisicamente agredido/abusado  
por alguém que você conhecia? 1 Sim, 0 Não ☐  
– exclua abuso sexual, pois este será codificado em F26 0 → F26

F24. Que idade você tinha quando isso  
aconteceu pela primeira vez? ☐ ☐ ☐ ☐

F25. Quando isso aconteceu pela última vez?  
– se nos últimos 30 dias, codifique '00 00' ☐ ☐ Anos Atrás ☐ ☐ Meses Atrás



## ASI6

- F26. Alguma vez você já foi agredido/abusado sexualmente por alguém? ☐ 0 → F29
- F27. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F28. Quando aconteceu pela última vez?     Anos Antes Meses Atrás  
se nos últimos 30 dias, codifique '00 00'
- F29. Você alguma vez foi vítima de um crime violento como ser espancado ou agredido?  
– exclua familiares, amigos e pessoas conhecidas  
– exclua abuso como descrito em F26 e experiência de guerra ☐ 0 → F42
- F30. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F31. Quando aconteceu pela última vez?  
– se nos últimos 30 dias, codifique '00 00'     Anos Atrás Meses Atrás
- F32. Você já esteve em alguma outra situação de risco de vida?  
ex. desastre, acidente grave/incêndio, guerra  
exclua abuso, crimes violentos como descritos acima ☐ 0 → F35
- F33. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F34. Quando aconteceu pela última vez?  
– se nos últimos 30 dias, codifique '00 00'     Anos Atrás Meses Atrás
- F35. Você já esteve em uma situação onde você viu alguém sendo morto, espancado/agredido ou muito ferido?  
– exclua desastres/acidentes graves ou incêndio e guerra como descrito acima em F32 ☐ 0 → NOTA
- F36. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F37. Quando aconteceu pela última vez?  
se nos últimos 30 dias, codifique '00 00'     Anos Antes Meses Antes
- [NOTA: Se não há história de abuso ou trauma (i.e., F23, F26, F29, F32, e F35. São todos 0 – Não), pule para F40.]
- F38. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com sentimentos, pensamentos ou outras reações relacionadas a esses eventos?  
inclua pesadelos/sonhos, lembranças (flashbacks), etc.  
0 – Nada 3 – Consideravelmente  
1 – Levemente 4 – Extremamente ☐
- F39. Neste momento, quão importante é para você receber auxílio, aconselhamento ou tratamento (atual ou adicional) para quaisquer sentimentos, pensamentos ou outras reações relacionadas a esses eventos?  
0 – Nada 3 – Consideravelmente  
1 – Levemente 4 – Extremamente ☐

As questões seguintes são sobre seus filhos ou qualquer outra criança vivendo com você.

- F40. Quantos filhos biológicos e/ou adotivos você tem?   00 → F45
- F41. Quais as idades dos seus filhos vivos, começando pelo mais velho?

Filho 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Filho 6	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Filho 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Filho 7	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Filho 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Filho 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Filho 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Filho 9	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Filho 5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Filho 10	<input type="text"/>	<input type="text"/>

[NOTA: Se todos os filhos têm 18 ou mais, > F45]

- F42. Existe algum processo de guarda aberto pela mãe/pai ou qualquer outro parente? ☐ 1 – Sim, 0 – Não
- F43. Quantos dos seus filhos estão atualmente afastados da família por decisão judicial?  
inclua também aqueles cuidados por parentes via decisão judicial   Filhos
- F44. Nos últimos 30 dias, quantos filhos (menores de 18 anos) moraram com você pelo menos por algum tempo?   Filhos
- F45. Nos últimos 30 dias, alguma outra criança (enteado/neto/sobrinho(a), etc.), menor de 18 anos morou com você por pelo menos algum tempo?  
– codifique crianças que passam a noite regularmente ou que tenham ficado na sua casa por longo período de tempo ☐ 1 – Sim, 0 – Não

[NOTA: Se F44 e F45 são 0, i.e. sem crianças nos últimos 30 dias, pule para F51]

- F46. Quantas das crianças (que moraram com você) têm problema(s) grave(s) de saúde, de comportamento ou de aprendizado que requerem cuidado profissional, tratamento ou atendimento especializado?   Crianças  
0 → F48
- F47. Neste momento, quão necessários são serviços adicionais para tratar esses problemas?  
0 – Nada 3 – Consideravelmente  
1 – Levemente 4 – Extremamente ☐
- F48. Nos últimos 30 dias, você teve problemas para conviver bem com essas crianças (< 18) que moraram com você por pelo menos algum tempo?  
0 – Nada 3 – Consideravelmente  
1 – Levemente 4 – Extremamente ☐
- F49. Neste momento, quão importante é para você o aconselhamento (ex. aulas para pais) para ajudar a conviver melhor com essas crianças (< 18) que moraram com você?  
– aconselhamento anual ou adicional  
0 – Nada 3 – Consideravelmente  
1 – Levemente 4 – Extremamente ☐
- F50. Neste momento, você precisa de mais auxílio para cuidar das crianças a fim de participar do tratamento para drogas, trabalhar/estudar ou procurar trabalho? ☐ 1 – Sim, 0 – Não
- F51. Você já foi investigado ou esteve sob supervisão do Conselho Tutelar ou outro programa de proteção a crianças?  
[NOTA: se 0 ou nunca teve filhos passe para seção psiquiátrica] ☐ 1 – Sim, 0 – Não
- F52. Alguma vez um filho seu já foi retirado de casa pelo Conselho Tutelar ou outro programa? ☐ 1 – Sim, 0 – Não
- F53. Alguma vez seu poder de pai/mãe (pátrio poder) foi suspenso?  
– teve seus direitos de ser pai/mãe (poder familiar) ou a guarda dos seus filhos retirados pela justiça ☐ 1 – Sim, 0 – Não
- F54. Atualmente você está respondendo a processo de guarda, ou sendo investigado / supervisionado pelo Conselho Tutelar ou outro programa de proteção a crianças? ☐ 1 – Sim, 0 – Não





## ASI6

Taxa global de confiabilidade do entrevistado / Validade da entrevista e dos escores:

*Leve em conta a aparente capacidade e disposição do respondente para entender as questões, fornecer estimativas precisas e pensadas, além de responder honestamente. No geral, o respondente forneceu informação que é:*

1 – Ruim,

2 – Satisfatória,

3 – Boa

☐

**Ruim:** Muitos itens são provavelmente imprecisos, foram recusados, e/ou o perfil das respostas é contraditório ou sem sentido.

**Satisfatória:** Numerosas aparentes imprecisões, recusas, e ou inconsistências, mas o perfil geral das respostas parece razoável, exceto em 1 ou 2 áreas-problema (sub-escalas) do instrumento (ASI6).

**Boa:** Algumas/poucas imprecisões aparentes, recusas e/ou inconsistências, mas o perfil geral das respostas parece avaliar bem o respondente.

## ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO PARA USO DO COLUMBIA SUICIDE SEVERITY RATING SCALE



Aline  
Zerwes<alinezerwes@gmail.com>

---

### C-SSRS

1 mensagem

---

Kelly Posner <POSNERK@nyspi.columbia.edu> 24 de outubro de 2016 14:48  
Para: "alinezerwes@gmail.com" <alinezerwes@gmail.com>  
Cc: Kelly Posner

<POSNERK@nyspi.columbia.edu>

Dear Cristina,

We are happy to assist you with using the scale in any way you need. Scales and training are free for your research, available in many languages and easily scalable to your individual or system needs. We currently have training videos with subtitles available in many languages that can be accessed on our [YouTube channel](#) or downloaded from our [Dropbox](#). There are multiple ways to get training (training campus website, video download, DVD) and the attached document details all of these methods. You may add these training materials to your internal network or current training system.

We are also attaching word documents of the scales so you can add your logo, patient/client/student/subject information, etc. Also below you will find additional information on the development and use of the scale and a link to download copies of the scale. If you require foreign language translations or other versions of the scales (pediatric, etc.) please let us know.

If you have any additional questions or would like to discuss this further, please do not hesitate to contact Dr. Posner at 646-286-7439 (mobile) or 646-774-5789 (office).

You can also sign up [here](#) to receive occasional updates about the Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) and the work of the Center for Suicide Risk Assessment.

Thank you,

# RFMH

## ANEXO 3 – CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE TREINAMENTO PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO C-SSRS



### Certificate of Completion

**Caio Vale**

Has successfully completed

**RFMH-A028a – The C-SSRS Training – Portuguese – V.1.1 – Initial Training**

This is the training component containing the video presentation and 8 case studies for you to review. Presented by Kelly Posner, PHD -Copyright- Research Foundation for Mental Hygiene -RFMH. Completion certificate is valid for a maximum of 2 years.

on Monday, November 12, 2018 at 6:51 AM.

Kelly Posner, Ph.D.

Trainer

Director, Center for Suicide Risk Assessment

## ANEXO 4 – APROVAÇÃO DO ESTUDO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ADESÃO AO TRATAMENTO PELA PESSOA COM TRANSTORNOS  
RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

**Pesquisador:** Mariluci Alves Maffum

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 66929617.0.0000.0102

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.033.006

#### Apresentação do Projeto:

Protocolo oriundo do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; trata-se de pesquisa exploratória e epidemiológica observacional transversal em Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) que pretende avaliar a adesão ao tratamento relativo ao uso de substâncias utilizando-se de métodos quali e quantitativos.

Pesquisadores: Profa. Dra. Mariluci Alves Maffum; e colaboradores Aline Cristina Zerwes Ferreira e Fernanda Carolina Capistrano

#### Objetivo da Pesquisa:

O objetivo do estudo é analisar a adesão ao tratamento ao transtorno relacionado ao uso de substâncias, na perspectiva da pessoa com o transtorno, do familiar e da equipe multiprofissional

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos envolvidos dizem respeito ao participante em relembrar e/ou verbalizar situações que tenham sido vivenciadas por ele de maneira desagradável e os benefícios relacionam-se a contribuição e favorecimento da manutenção do estado de saúde das pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas e a melhora da adesão ao tratamento.

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

**Bairro:** Alto da Glória

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**CEP:** 80.060-240

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

**UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -**



Continuação do Parecer: 2.033.006

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa mostra-se relevante e com uma metodologia bem delineada. Ressalta-se a preocupação com o conteúdo dos instrumentos e os procedimentos de minimização e atendimento caso seja necessário, principalmente no que diz respeito à ideação suicida.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos adequados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_899238.pdf	11/04/2017 09:47:30		Aceito
Outros	extrato_de_ata.pdf	11/04/2017 09:45:33	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Descricao_da_pesquisa.docx	10/04/2017 20:59:11	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	CHECKLIST.pdf	10/04/2017 20:58:04	Mariluci Alves Maftum	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_TCLE_Profissionais_de_Saude.docx	10/04/2017 20:57:29	Mariluci Alves Maftum	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_TCLE_Familiares.docx	10/04/2017 20:57:04	Mariluci Alves Maftum	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_TCLE_Paciente_Pesquisa_Qualitativa.docx	10/04/2017 20:56:52	Mariluci Alves Maftum	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_TCLE_Paciente_Pesquisa_Quantitativa.docx	10/04/2017 20:56:28	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Termo_de_Responsabilidade_no_projeto.pdf	10/04/2017 20:55:39	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Termo_de_Compromisso_para_utilizacao_de_dados_de_arquivos.pdf	10/04/2017 20:54:50	Mariluci Alves Maftum	Aceito

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

**Bairro:** Alto da Glória

**CEP:** 80.060-240

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

**UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -**



Continuação do Parecer: 2.033.006

Outros	termo_de_compromisso_para_inicio_da_pesquisa.pdf	10/04/2017 20:53:34	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Declaracao_de_uso_especifico.pdf	10/04/2017 20:52:12	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Declaracao_de_tomar_publico_os_resul tados.pdf	10/04/2017 20:51:05	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Termo_de_Confidencialidade.pdf	10/04/2017 20:49:52	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Analise_de_merito.pdf	10/04/2017 20:49:12	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Oficio_do_Pesquisador_encaminhando_ projeto CEP.pdf	10/04/2017 20:47:03	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Plataforma_Brasil.pdf	10/04/2017 20:33:28	Mariluci Alves Maftum	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 26 de Abril de 2017

---

**Assinado por:  
IDA CRISTINA GUBERT  
(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

**Bairro:** Alto da Glória

**CEP:** 80.060-240

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

## ANEXO 5 – APROVAÇÃO DO ESTUDO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA

SECRETARIA MUNICIPAL DA  
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ADESÃO AO TRATAMENTO PELA PESSOA COM TRANSTORNOS  
RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

**Pesquisador:** Mariluci Alves Maftum

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 66929617.0.3001.0101

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.071.351

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de doutoramento. O presente estudo sobre a temática da adesão ao tratamento pela pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas será desenvolvido por meio da abordagem quantitativa e da abordagem qualitativa com o método exploratório. O desenvolvimento do estudo compreenderá o período de 2017 a 2020, e será realizado nos cinco Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas do município de Curitiba, que prestam atendimento a adultos com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Serão participantes da pesquisa pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, familiares e equipe multiprofissional. A coleta dos dados quantitativos envolverá instrumentos estruturados que serão aplicados a 600 pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas - a amostra foi estabelecida por cálculos estatísticos. Os dados das pesquisas qualitativas serão coletados por meio de entrevista semiestruturada e o número de participantes será estabelecido pela saturação dos dados, porém serão entrevistados no mínimo 20 participantes de cada grupo, totalizando 60 entrevistas minimamente. Os dados relacionados à fase quantitativa serão analisados pelo método descritivo e inferencial. Os dados oriundos das entrevistas semiestruturadas serão analisados a luz da Análise e

**Endereço:** Rua Atilio Bório, 680

**Bairro:** Cristo Rei

**CEP:** 80.050-250

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-4961

**Fax:** (41)3360-4965

**E-mail:** etica@sms.curitiba.pr.gov.br



## SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 2.071.351

Interpretação de Dados Qualitativos proposto por Creswell.

### **Objetivo da Pesquisa:**

Analisar a adesão ao tratamento na perspectiva da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, do familiar e da equipe multiprofissional.

Apresenta 12 objetivos específicos:

1. Conhecer a percepção da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas sobre a sua adesão ao tratamento;
2. Conhecer a percepção da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas sobre os fatores que interferem na sua adesão ao tratamento;
3. Conhecer a percepção da família sobre a adesão ao tratamento pelas pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas;
4. Conhecer a percepção da equipe multiprofissional de saúde sobre a adesão ao tratamento pelas pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas;
5. Caracterizar o perfil demográfico, socioeconômico, clínico e farmacoterapêutico da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas;
6. Verificar a adesão da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas à terapêutica medicamentosa;
7. Descrever o nível de informação da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas em relação a terapêutica medicamentosa;
8. Avaliar o estágio motivacional para a mudança de comportamento da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas;
9. Descrever a capacidade cognitiva da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas;
10. Verificar o risco de suicídio em pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas;
11. Analisar as associações entre as variáveis do perfil demográfico, socioeconômico, clínico e farmacoterapêutico; nível de informação em relação ao tratamento e o estágio motivacional da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas com o desfecho: adesão a terapêutica medicamentosa;
12. Analisar as associações entre as variáveis do perfil demográfico, socioeconômico, clínico e farmacoterapêutico, o estágio motivacional e adesão a terapêutica medicamentosa da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas com o desfecho: risco de suicídio.

**Endereço:** Rua Atilio Bório, 680

**Bairro:** Cristo Rei

**CEP:** 80.050-250

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-4961

**Fax:** (41)3360-4965

**E-mail:** etica@sms.curitiba.pr.gov.br

## SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 2.071.351

### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Esta pesquisa possui risco do participante em lembrar e/ou verbalizar situações que tenham sido vivenciadas por ele de maneira desagradável ou sofrida, entretanto, todas as medidas relacionadas à sua privacidade e conforto, bem como os esclarecimentos pertinentes serão garantidos. Os instrumentos de coleta de dados são muitos e podem ser extremamente cansativos. Benefícios: Os benefícios esperados com essa pesquisa estão relacionados a contribuição e favorecimento da manutenção do estado de saúde das pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas e a melhora da adesão ao tratamento. Todos serão beneficiados com os resultados alcançados nesta pesquisa, principalmente as pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, familiares e equipe multiprofissional, conforme já exposto nos antecedentes científicos.

### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nas pesquisas quantitativas, expressas pelos objetivos específicos 5 ao 12, as 7 hipóteses a serem testadas são:

- O perfil demográfico, socioeconômico, familiar, clínico e farmacoterapêutico influencia a adesão a terapêutica medicamentosa da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas;
- O baixo nível de informação acerca da terapêutica medicamentosa interfere negativamente na adesão ao tratamento;
- Os estágios motivacionais de pré-contemplação e contemplação dificultam a adesão a terapêutica medicamentosa;
- Apresentar nível alto de gravidade da dependência química está relacionada a dificuldade de adesão a terapêutica medicamentosa;
- Apresentar índices baixos de adesão a terapêutica medicamentosa favorece maior risco de suicídio;
- Apresentar nível alto de gravidade da dependência química está relacionada a um maior risco de suicídio;
- O perfil demográfico, socioeconômico, familiar, clínico, terapêutico, farmacoterapêutico e de adesão a terapêutica medicamentosa influencia no risco de suicídio da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Esta pesquisa será realizada nas dependências dos Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS AD) do município de Curitiba: Bairro Novo, Boa Vista, Cidade Industrial de Curitiba (CIC), Cajuru e Portão.

As pesquisas quantitativas são do tipo epidemiológica observacional transversal, com estimativa

**Endereço:** Rua Atílio Bório, 680  
**Bairro:** Cristo Rei **CEP:** 80.050-250  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3360-4961 **Fax:** (41)3360-4965 **E-mail:** [etica@sms.curitiba.pr.gov.br](mailto:etica@sms.curitiba.pr.gov.br)

## SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 2.071.351

de 600 participantes, recrutados pela amostragem sistemática em 5 CAPs AD em Curitiba. O período da coleta dos dados quantitativos está previsto para julho de 2017 a agosto de 2018. Será realizado por meio de entrevistas estruturadas, agendadas previamente, de acordo com o horário de preferência do participante e em local disponibilizado pela coordenação do serviço. As pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas serão recrutadas no transcorrer da assembleia e no início dos grupos terapêuticos. O recrutamento dos familiares de pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas ocorrerá no transcorrer do grupo terapêutico familiar, dos profissionais de saúde ocorrerá na reunião da equipe multiprofissional, momento em que todos os profissionais de saúde se reúnem para discutir os casos clínicos, as atividades do serviço e as questões estruturais e administrativas. A descrição da pesquisa não elucida quanto serão os participantes de cada grupo.

Para a coleta dos dados quantitativa será utilizado sete instrumentos estruturados: formulário elaborado pelos pesquisadores, o Montreal Cognitive Assessment, o Instrumento de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT), o instrumento de avaliação do nível de conhecimento sobre a prescrição de medicamentos, o University of Rhode Island Change Assessment Scale, o Addiction Severity Index versão 6 light e o Columbia-Suicide Severity Rating Scale. O formulário estruturado foi elaborado pelos pesquisadores do projeto e é composto por 38 questões divididas em três blocos que buscam contemplar a caracterização demográfica e socioeconômica, clínica e farmacoterapêutica do participante. Será validado anteriormente. Para as pesquisas qualitativas participarão no mínimo 60 pessoas e serão utilizados três instrumentos: um para a pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, um para familiares e um para a equipe multiprofissional. Cada um dos instrumentos será constituído por duas partes distintas: a primeira referente à identificação e a caracterização dos participantes, enquanto a segunda é composta por questões abertas voltadas ao objeto de estudo – adesão ao tratamento pela pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias. Os apêndices não estão anexados na PB.

Destaca-se que para todos os instrumentos anteriormente citados, serão utilizados dados do prontuário do paciente para complementação dos dados, caso haja necessidade, ou para contrastar as informações. A análise dos dados qualitativos será realizada pela Análise e Interpretação de Dados Qualitativos proposto por Creswell (2007).

### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados estando em conformidade às recomendações da Res. CNS 466/12.

### Recomendações:

Há apontamento no projeto que após a aplicação do instrumento de risco de suicídio, caso o

<b>Endereço:</b> Rua Atílio Bório, 680	
<b>Bairro:</b> Cristo Rei	<b>CEP:</b> 80.050-250
<b>UF:</b> PR	<b>Município:</b> CURITIBA
<b>Telefone:</b> (41)3360-4961	<b>Fax:</b> (41)3360-4965
	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:etica@sms.curitiba.pr.gov.br">etica@sms.curitiba.pr.gov.br</a>

## SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 2.071.351

paciente apresente ideação suicida ativa com algum método, sem intenção de agir ou com alguma intenção de agir ou algum comportamento suicida, este será encaminhado para atendimento com seu técnico de referência no CAPS AD com objetivo de prevenir o suicídio. Esta informação consta no TCLE para pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias – estudo quantitativo. Salieta-se que o ônus não deverá/poderá ser da instituição participante do estudo (SMS-Curitiba), sendo assumido integralmente pelos pesquisadores.

### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O estudo é de grande relevância social, mostra-se importante por possibilitar a construção do conhecimento sobre os principais aspectos que envolvem essa realidade e favorecer mudanças expressivas na prática profissional em saúde mental a partir de estratégias de intervenção mais próximas a realidade investigada. Deve-se apontar para a possível dificuldade em obter o número de participantes, de liberação de sala para entrevistas nos locais pesquisados, da exposição dos pacientes a vários instrumentos de análise com questionamentos longos e impossibilidade de atendimento pelos profissionais dos CAPs em caso de ideação suicida. A pesquisa tem sua viabilidade aprovada desde que compreendidas e respeitadas essas condições descritas, cabendo ao pesquisador assumir integralmente todas essas questões. É preciso, em particular, ajustar horários e locais para realização da pesquisa com chefias e coordenações de serviços pretendidos.

### **Considerações Finais a critério do CEP:**

O Colegiado do CEP/SMS-Curitiba ratifica o parecer do relator.

### **Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_899238.pdf	11/04/2017 09:47:30		Aceito
Outros	extrato_de_ata.pdf	11/04/2017 09:45:33	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_899238.pdf	10/04/2017 21:06:08		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Descricao_da_pesquisa.docx	10/04/2017 20:59:11	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	CHECKLIST.pdf	10/04/2017 20:58:04	Mariluci Alves Maftum	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Escelarecido_TCLE_Profissionais_de_Saude.docx	10/04/2017 20:57:29	Mariluci Alves Maftum	Aceito

**Endereço:** Rua Atílio Bório, 680

**Bairro:** Cristo Rei

**CEP:** 80.050-250

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-4961

**Fax:** (41)3360-4965

**E-mail:** etica@sms.curitiba.pr.gov.br